Health Canada Sante Canada

SHARING THE LEARNING

# The Health Transition Fund

## SYNTHESIS SERIES

## Integrated Service Delivery

Canada

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

*Health Canada*

The opinions expressed in this publication are those of the author and do not necessarily reflect the views of Health Canada.

Contents may not be reproduced for commercial purposes, but any other reproduction, with acknowledgments, is encouraged.

This publication may be provided in alternate formats upon request.

For further information or to obtain additional copies, please contact:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
Tel.: (613) 954-5995
Fax : (613) 941-5366

This document is available on the Health Canada web site: http://www.hc-sc.gc.ca

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-4
ISBN 0-662-66307-1

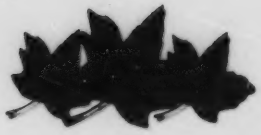
SHARING THE LEARNING

# The Health Transition Fund

SYNTHESIS SERIES

## Integrated Service Delivery

**Peggy Leatt, PhD**
Liberty Health Chair in Health Management Strategies
Professor, Department of Health Policy, Management and Evaluation
University of Toronto



This report is one in a series of 10 syntheses of HTF project results covering the following topics: home care, pharmaceutical issues, primary health care, integrated service delivery, Aboriginal health, seniors' health, rural health/telehealth, mental health, and children's health. The tenth document is an overall analysis. All are available electronically on the HTF website (**www.hc-sc.gc.ca/htf-fass**), which also contains information on individual HTF projects.

102-06297/



# Executive Summary

The Health Transition Fund (HTF), a joint effort between federal, provincial and territorial governments, was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision making in health care reform. Between 1997 and 2001, the HTF funded approximately 140 different pilot projects and/or evaluation studies across Canada. In order to communicate research evidence from the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each of nine theme or focus areas: home care, pharmacare, primary care/primary health care, integrated service delivery, children's health, Aboriginal health, seniors' health, rural/telehealth, and mental health. This document summarizes the key learnings in the integrated service theme area. It has been prepared by Peggy Leatt, PhD, Liberty Health Chair in Health Management Strategies and Professor, Department of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto.

## Promise of Integrated Service Delivery

Simply put, integrated service delivery is a term used to describe health services that are coordinated around the health needs of patients and communities. But, it is much more than that. Integrated service delivery is currently one of the most active fields of health care inquiry in Canada. Every province except Ontario has implemented some form of regional health authority, while all provinces have been studying experiences with integrated health systems in the United States and elsewhere. Faced with mounting expenses and public dissatisfaction, health care bodies envision a seamless health system without fragmentation, duplication, or gaps in services. The ultimate promise of integrated service delivery is the creation of a modernized, cost-effective system characterized by closer working relationships between hospitals, long-term care facilities, primary health care, home care, public health, social welfare agencies, schools, police, and others whose services have implications for the determinants of health.

## HTF Studies in the Theme Area

This analysis covers 41 HTF studies, all of which were concerned with achieving greater integrated service delivery. Some studies targeted this goal directly by reorganizing services; others worked indirectly by, for example, improving information access for providers and other stakeholders in different geographic locations.

For the purposes of this synthesis, the studies were grouped into three clusters: those focusing on *clinical integration* at the patient care level; those emphasizing the importance of *information management and use of technology*; and a group of projects that demonstrated *vertical integration of services* in a community.

## Findings for Clinical Integration

The clinical integration projects facilitated integrated service delivery through the use of standardized tools and processes such as protocols, clinical pathways, and model programs. These approaches were successful in ensuring that care was consistent when patients were transferred between services.

The development and implementation of standardized protocols was helped by such participatory structures as multidisciplinary teams and committees. The projects showed that the use and validation of these new processes required special communication and education strategies. Resistance to change caused difficulties in some projects, and it was exacerbated when, for example, new roles were ambiguous or there was competition amongst providers for patients or other resources.

## Findings for Information Management and Use of Technology

The projects focusing on information management and use of technology clearly illustrated that integrated information is essential for integrated service delivery. However, these studies showed that different stakeholders – patients, the public, health care providers, managers, leaders, and governments – need different types of information and designing matching information delivery systems is a major challenge.

The studies did show that integrating information was easier when there was a single electronic health record and, for patients, a single point of entry into the system. However, it was clear much more work needs to be done in this area if decision-makers are to receive the evidence-based information they so greatly need.

## Findings for Vertical Integration

These projects took various approaches to vertical integration of services at the community level, often successfully. Joint ventures helped facilitate the care of patients moving between two organizations: patients transferring, for example, from hospitals to home-based or community-based care.

Early results from multi-institutional arrangements, which brought together many different types of services, showed some positive effects on service integration and health outcomes. There were several projects that successfully linked health services with other types of social services, such as employment, education, housing, and legal services.

## General Findings and Recommendations

Overall findings from the 41 studies suggest that efficiencies can be achieved and effectiveness improved through integrated services. This leads to two broad recommendations:

Urgent attention should be given to providing Canadians with more information about their own health, health care and the health care system.

Governments and the health professions should accelerate their pace in developing and implementing integrated service agendas.

# Preface

In recent years, Canada's health care system has been closely scrutinized with a view to quality improvement and cost-effectiveness. Fiscal pressures and changing demographics are resulting in initiatives to explore how the efficiency of the health care system can be increased while ensuring that high-quality services are affordable and accessible. Within this context, there has been a need for more research-based evidence about which approaches and models of health care have been working and which have not. In response to this requirement for evidence, and on the recommendation of the National Forum on Health, the Health Transition Fund (HTF) was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision making in health care reform.

A joint effort between federal, provincial and territorial governments, the HTF funded 141 pilot projects and/or evaluation studies across Canada between 1997 and 2001, for a total cost of $150 million. Of that, $120 million supported provincial and territorial projects and the remaining $30 million funded national-level initiatives. The HTF targeted initiatives in four priority areas: home care, pharmaceutical issues, primary health care, and integrated service delivery. Various other focus areas emerged under the umbrella of the original four themes, including Aboriginal health, rural health/telehealth, seniors' health, mental health, and children's health.

The HTF projects were completed by the spring of 2001. In order to communicate the evidence generated by the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each theme area. This document summarizes the key learnings in the integrated service delivery theme area. It has been prepared by

Peggy Leatt, PhD, Liberty Health Chair in Health Management Strategies and Professor, Department of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto.

## Unique Nature of the HTF Projects

The HTF was quite different from other organizations that fund health-related research in this country, such as the Canadian Institutes for Health Research and its predecessor the Medical Research Council.

- It was a time-limited fund, which meant that projects had to be conceived, funded, implemented, and evaluated all in four years – a very short time in the context of system reform.
- It was policy-driven; policy-makers were involved in the project selection process, and wanted to focus on some of the outstanding issues in the four theme areas in the hope that results would provide evidence or guidance about future policy and program directions.

In order to encourage projects to address issues and produce results that would be relevant to decision-makers, the HTF developed an evaluation framework consisting of six elements (access, quality, integration, health outcomes, cost-effectiveness, and transferability). Each project was required to have an evaluation plan addressing as many of these elements as were relevant. In addition, all HTF projects were required to include a dissemination plan (for which funding was provided) in order to ensure that results were effectively communicated to those best able to make use of them. In addition to these individual dissemination plans, the HTF Secretariat is implementing a national dissemination strategy, of which these synthesis documents are one element. This emphasis on evaluation (systematic learning from the experience of the pilot initiatives) and dissemination (active sharing of results) was unique on this scale.

Most national projects were selected by an inter-governmental committee following an open call for proposals, while provincial/territorial initiatives were brought forward by each individual jurisdiction for bilateral approval with the federal government. At both levels, applications came not just from academics in universities, or researchers in hospital settings, but also from non-traditional groups such as Aboriginal organizations, community groups, and isolated health regions. Groups that had rarely, if ever, thought in terms of research, evidence, evaluation, and dissemination began doing so, and these developments bode well for improved understanding and collaboration among governments, provider organizations, and researchers. The role of federal, provincial, and territorial governments in the selection process ensured that the projects delved into the issues that were of high concern in each jurisdiction. By the same token, there was considerable scope in the range of project topics, and the body of projects was not (and was never intended to be) a definitive examination of each theme.

This unique focus and selection process imparts specific features to the HTF body of projects. The projects that were funded represent good ideas that were put forward; they do not represent a comprehensive picture of all the issues and potential solutions in each of the theme areas. The relatively short time frame meant that many researchers struggled to complete their work on time and the results are preliminary or incomplete; some pilot projects might take a number of years to truly show whether they made a difference. This must be left to others to carry forward and further investigate. Perhaps the greatest value in the large body of HTF projects comes from the lessons we can learn about change management from the researchers' struggles and challenges as they undertook to implement and evaluate new approaches to longstanding health care issues.

# Acknowledgements

The author would like to thank Hollander Analytical Services Ltd. for its assistance in the preparation of this document. The HTF synthesis series was commissioned by Health Canada and managed by Hollander Analytical Services Ltd. The views expressed herein do not necessarily represent the official policy of federal, provincial or territorial governments.

# Table of Contents

Executive Summary ..... i
- Promise of Integrated Service Delivery ..... i
- HTF Studies in the Theme Area ..... i
- Findings for Clinical Integration ..... i
- Findings for Information Management and Use of Technology ..... ii
- Findings for Vertical Integration ..... ii
- General Findings and Recommendations ..... ii

Preface ..... iii
- Unique Nature of the HTF Projects ..... iii

Acknowledgements ..... iv

Table of Contents ..... v

1. Setting the Context ..... 1
   - 1.1 The Vision of Integrated Service Delivery ..... 1
   - 1.2 Ongoing Initiatives ..... 2
     - 1.2.1 Regional Health Authorities ..... 2
     - 1.2.2 Integrated Health Systems ..... 3
   - 1.3 Outstanding Issues ..... 4
2. Overview of HTF Studies ..... 4
   - 2.1 Methodology ..... 4
   - 2.2 Geographic Scope ..... 5
3. Discussion of Significant/Relevant Findings ..... 5
   - 3.1 Clinical Integration ..... 5
     - 3.1.1 Standardized Processes and Procedures ..... 6
     - 3.1.2 Participatory Structures and Policies ..... 8
     - 3.1.3 Communication and Education ..... 9
   - 3.2 Information Management and Technology ..... 9
     - 3.2.1 Individual Patients and the General Public ..... 10
     - 3.2.2 Health Care Providers ..... 11
     - 3.2.3 Managers and Clinical Leaders ..... 12
     - 3.2.4 Governments and Other Payers ..... 12
   - 3.3 Vertical Integration in Communities ..... 13
     - 3.3.1 Joint Ventures ..... 13
     - 3.3.2 Multi-institutional Arrangements ..... 14
     - 3.3.3 Determinants of Health Linkages ..... 16

4. Implications for Policy and Practice ..... 17
4.1 Better Use of Human Resources ..... 18
4.2 Streamlining and Process Successes ..... 18
4.3 Information Integration ..... 18
4.4 Integration Models ..... 19
5. Recommendations ..... 19
References ..... 21
Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Integrated Service Delivery

# 1. Setting the Context

Canadian governments and patients are facing what appear to be widespread systemic problems in health service delivery.

Health costs have escalated to the point where some provincial governments are spending up to 40 per cent of their expenditures on health services. Yet the system offers little in the way of accountability for health care costs and use by either providers or consumers. Costs continue to escalate as provinces struggle to find and retain key health professionals. Recent job actions in British Columbia, Saskatchewan and Nova Scotia illustrate that health care workers are dissatisfied and already in short supply. Shortages are also predicted for certain types of physicians and other health professionals.

It does not help that services are fragmented and there may be redundancies and duplication in services because of lack of communication and coordination amongst providers. There is competition amongst parts of the system for control of resources and few incentives for interdisciplinary collaboration. There is still too much reliance on the traditional hospital-based care and slow progress in moving services to more appropriate ambulatory services.

Meanwhile, public confidence in the system is decreasing. The media is full of stories about long waiting lists, excess waiting times in hospital emergency rooms and redundant medical histories and diagnostic tests. People fear that individuals are already falling through the cracks and, as the population ages, services will not be there when they are needed.

At the same time, consumers are increasingly aware of their rights to information about their own health and about the availability of health services. The public is becoming more aggressive in its requests for access to information for decision-making and real choice in providers of services. Influenced by information in the United States and elsewhere, Canadians are increasingly aware of the real possibility of medical or, to name them more accurately, health system errors.

## 1.1 The Vision of Integrated Service Delivery

Canada's health care sector sees integrated service delivery as a way to attack these health service problems on multiple fronts.

"Integrated service delivery" is a synonym for health care services that are coordinated around the needs of patients or specific population groups. It has emerged as a term to capture a broad set of strategies focusing on the coordination of services at the care process level.

In Canada, integrated health services are developing within a broad framework best described by Stephen Shortell, Robin Gillies and David Anderson's "signposts of integration" in *The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems* (1994). These include:

- developing clinical protocols, pathways, and case management systems;
- linking cross-institutional clinical services for programs for cardiovascular care, oncology care, behavioral medicine, and women's health;
- accelerating clinical applications of continuous quality improvement and expansion to the entire continuum of care;
- developing and validating outcome measures and other methods of evaluating performance such as the use of balanced scorecards;
- downsizing of the acute hospital inpatient capacity;
- consolidating community programs and services;
- expanding the number of primary health care providers; and
- accelerating the growth of group practices for primary and specialty group practices.

This list gives a sense of the grand hopes for integrated service delivery. Health care providers and provincial governments envision healthier communities and more satisfied patients served by a seamless health system without fragmentation, duplication or gaps in services. They see a system that would be characterized by closer working relationships between hospitals, long-term care facilities, primary health care, home care, public health, social welfare agencies, schools, police, and others whose services have implications for the determinants of health.

## 1.2 Ongoing Initiatives

Traditionally, Canada has addressed major health service problems by reorganizing or restructuring at a provincial level. When in doubt, restructure! So, it is no surprise that this has been the health sector's main approach in trying to achieve more cost-effective service delivery and to achieve integration.

Ideas about service integration have followed two distinct models: Regional Health Authorities (RHAs), which decentralize decision-making to a local level, and Integrated Health Systems (IHSs), which are based on organized delivery systems developed in the United States and other countries.

### 1.2.1 Regional Health Authorities

Starting with Quebec in 1989, every province except Ontario has worked on implementing some type of regional health authority structure. In this model, individuals are appointed or elected to the RHA for the local community, and they are accountable for the health and health services of a defined population or particular geographical area.

In most provinces, RHAs are accountable for resource allocation and managing hospitals, community health centres, home care programs, public health, ambulance services, and different types of long-term care facilities. They may also be responsible for hiring physicians, nurses, laboratory technicians and other health professionals needed to deliver services. The provincial government, in most instances, retains responsibility for mental health, cancer, and other select services, and most regional health authorities do not have authority for deciding expenditures for physician services or drugs.

The main rationale for creating RHAs is twofold: to increase accountability at the local level for the provision and cost of health services; and to involve local citizens in health care decisions affecting their community. RHAs are thought to facilitate integrated service delivery because there is one local governing body that is accountable for most health services in the region. They are thought to ease reallocation of resources to accompany transfer of services from inpatient hospital care to community-based services in keeping with population health needs.

The big question is whether or not RHAs are achieving their goals. Since most provinces are still modifying them, the evidence is not yet in. Nor has there been much evaluative research to date.

Jonathan Lomas, John Woods and Gerry Veenstra (1997) reported that a national survey of RHA board members showed RHAs in the institutional sector had managed to consolidate some hospital programs into fewer sites. But Lomas et al. also concluded that attempts to integrate hospital programs into the community sector was hindered by the RHAs' lack of authority over large parts of the health budgets, such as funding for physician services and drugs.

### 1.2.2 Integrated Health Systems

Integrated health systems evolved in the United States as an outgrowth of managed care. In Canada, they have been discussed extensively in all provinces but no province has yet implemented a full version of the IHS model.

IHSs are designed as networks of organizations (usually with common governance) that provide,

or arrange to provide, a coordinated continuum of services to a defined population. They are accountable clinically and fiscally for the health status of the population and outcomes of health services. IHSs provide a comprehensive array of services from health promotion, primary care, diagnostic, treatment, and rehabilitation and long-term care services to enrollees for a fixed capitation (per head) fee.

In terms of integrated service delivery, IHSs require a paradigm shift from one focusing on "providers" to one focused on "customer" (consumer) service. The advantages of the IHS model to consumers are thought to be more timely access to services, "one-stop shopping," less duplication of services, elimination of gaps and fragmentation in care processes, and better coordination and transfer between primary and secondary services. Ideally, consumers have evidence-based information about the alternative treatments available to them, such as where to receive the best care, and which health professionals have the best track records for the services they need.

Again, there are very few empirical evaluations, although there have been a number of IHS case studies. *Remaking Health Care in America* (1996, repeated in 2000), which focuses on 10 integrated systems in the United States, is among the most influential. The main conclusions by authors Shortell, Gillies, Anderson, Erikson, and Mitchell were that most systems had made progress in bringing together hospital service organizations through horizontal integration. Some systems had been successful in integrating physicians into the organizations and providing economic incentives for physicians to collaborate. The area with the least successful outcomes was clinical integration – that is to say, the key part of integrated service delivery.

In 2000, Peggy Leatt, George Pink and Michael Guerriere reviewed the research evidence on IHSs in a lead paper for Healthcare *Papers* titled *Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare*. Leatt et al. concluded by suggesting six strategies for moving forward with integrated service delivery. They recommended that policy should focus on the individual consumer and his/her needs; start with primary health care as a core service at the centre; develop needs-based population funding models; share information amongst providers and promote technology; create virtual coordination networks at local levels; and implement mechanisms to monitor and evaluate service delivery.

Ontario has also given IHSs serious examination as part of its health reform drive. In 1996, Ontario appointed the Health Services Restructuring Commission (HSRC) with a four-year mandate to modernize hospital services and to design strategies for the creation of IHSs. The commission's achievements included integration of hospital services through mergers and *A Legacy Report: Looking Forward, Looking Back* (2000), which offered a blueprint for health information management, primary health care, performance management, and vertical integration in communities. The full impact in Ontario of the commission's work has not yet been felt.

Despite these positive indicators, the IHS model is controversial in Canada. The idea of market-driven competitive systems does not sit well with some Canadians, and health professions and other provider organizations have wavered in their support of some key IHS principles. Discussions of IHSs in Ontario have pressed on with increasing emphasis on "virtual" IHSs, as described by Jeff Goldsmith in *The Illusive Logic of Integration* (1994). Goldsmith suggested that a single umbrella governance structure for IHSs is difficult to achieve, and that virtual integration is the answer. He also felt that integration may not require common governance or ownership but may be achieved by a variety of strategic alliances, such as joint ventures, contracts, networks and other multi-institutional arrangements.

## 1.3 Outstanding Issues

From a practical point of view, evidence to support the idea that integrated service delivery leads to improved health outcomes and patient satisfaction is sparse. Part of the problem lies with the lack of clear and consistent interpretation of what is meant by integrated service delivery. The term seems to have evolved without specific grounding in theory or research. If you were to ask patients about the integration of health services, they would probably reply with some surprise: "You mean my care is not coordinated now? The specialist did not tell my family doctor that I had major heart surgery last month? You mean I can't arrange my blood work, X-rays and other tests with one phone call to the hospital?"

At a Healthcare *Papers* conference in June 2001, Michael Guerriere captured the essence of what patients want from a health care system – and what many believe integrated service delivery has the potential to provide:

- no repetition of questions or tests;
- providers who know what other providers have done;
- no waiting at one level of care for resources to be available at another;
- 24-hour access to comprehensive primary health care;
- access to comparative information about quality and outcomes of providers;
- one point of access for scheduling multiple encounters; and
- proactive care in which patients are contacted about necessary interventions, educated about disease processes, and get adequate in-home help to maximize their autonomy.

But achieving this is not easy. Leonard Friedman and Jim Goes raise the question *Have Integrated Health Networks Failed?* (2001) in their paper of that title. They point to issues that are all-too familiar to Canadians:

- too much focus on providers instead of patients;
- partners/providers who are unwilling to surrender autonomy;
- professional cultures and incentives that do not match integration needs;
- lack of trust between stakeholders;
- lack of commitment and leadership;
- poor communication; and
- health outcomes that are difficult to define and measure.

Friedman and Goes suggested that in order for integration to work, health care leaders and policy-makers must recognize the intensity of change today and that their responsibility is to create a positive culture of change.

# 2. Overview of HTF Studies

Forty-one studies were included in this analysis (see Appendix A). All of the studies have the goal of achieving greater integrated service delivery, either directly through reorganizing services or through more indirect means, such as improving access to information by providers and other stakeholders in different geographic locations.

## 2.1 Methodology

In terms of methodology, the projects were quite diverse and not easily categorized. Most studies, rather than experimenting directly with implementation, described services that could be integrated and detailed the processes appropriate to implementing

the new approach. Most studies used multiple methodologies, including the analysis of secondary data (when available), surveys, interviews, and focus groups. Five projects set out to formally evaluate new programs and used outside consultants to bring objectivity to the evaluation. Many of the studies were single-case studies, with relevance mostly to the local community and, perhaps, to similar communities in the same province.

The researchers used innovative methods to answer key questions: Was health services integration achieved? What factors promoted integration? What effects did the integration strategies have on the opinions and attitudes of health care providers? How were health outcomes for individual patients and the health of the community affected? Were patients and their families and friends satisfied with the services? Should this program be expanded to other communities? And so on.

## 2.2 Geographic Scope

The geographic location of the projects is potentially important because integrated service delivery can be enhanced or restricted by legal, social, economic, political, and other environmental characteristics.

There were five projects of national scope or implications. One study involved the Canadian Mental Health Association, while another experimented with integrating tele-home care in Alberta, Newfoundland and Ontario. A study of waiting lists operated out of the western provinces, but the results have potential for broad application. Of the two remaining national projects, one involved merging health data from both the national and provincial levels, and the other, a study of health care delivery in Inuit regions, had implications for other small and hard-to-reach communities.

To some extent, the geographic distribution of provincial projects reflected each province's differing style and development of Regional Health Authorities and other health reforms designed to facilitate service delivery integration. There were 19 projects in Quebec, five in Saskatchewan, five in British Columbia, three in Ontario, two in Prince Edward Island, and one each in New Brunswick and Nova Scotia. The province with longest implementation of RHAs is Quebec, followed by Saskatchewan.

# 3. Discussion of Significant/ Relevant Findings

While the term integrated service delivery seems to defy precise definition, all these projects contained operational definitions that mapped out their particular area of interest. On this basis, three interrelated clusters emerged from the 41 studies: clinical integration; information management and technology; and vertical integration in local communities. Many of the projects contributed valuable information to more than one cluster, but these groupings reflect and highlight the breadth and diversity of the studies. Several projects appear in more than one cluster because their findings have multiple applications.

## 3.1 Clinical Integration

In this cluster, 14 studies illustrated the challenges inherent in providing clinical integration of the continuum of care for people with similar diseases or health problems.

Clinical integration has much in common with "disease management" because both approaches focus on the coordination of services for groups of patients with similar disease problems. Persons with chronic illnesses, who require ongoing contact with health services for monitoring and treatment, can benefit

from this type of approach. Clinical integration can be enhanced through the use of clinical protocols, pathways, guidelines, care plans, case management, outcome measures developed by clinical experts around standard treatments, and care processes based on clinical evidence. Opportunities can also be provided to advance continuous quality improvement processes in both hospital inpatient and ambulatory care programs. Health services research has provided clear evidence that decreasing variation in practices through standardizing procedures can improve outcomes.

Clinical integration requires three basic interrelated activities. First, standardized procedures and processes such as protocols, clinical pathways, assessment processes and model programs must be developed. Second, participatory structures and policies must be in place to ensure that the standardized protocols and guidelines are accepted as valid by health care experts and the general public. Finally, communication strategies about the new approaches and education programs must be provided for all stakeholders.

### 3.1.1 Standardized Processes and Procedures

Many studies recognized the advantages of clinical protocols, guidelines and formally defined model programs in increasing the standardization of assessment processes and treatment interventions. For example, a standardized protocol was developed by four Montréal hospitals in a project for *Seniors Discharged from Hospital Emergency Departments at Risk of Adverse Outcomes: Screening and Intervention* (QC405). The screening tool was used to identify seniors who were likely to experience a major decline in their functioning within a period of four months following a hospital emergency visit. Areas of possible functional decline included in the protocol were increasing pain, advancing arthritis, difficulties with the activities of daily living, behavioral problems such as anxiety or depression, and social problems. Results showed that, by using the protocol, seniors' risk factors could be anticipated and communicated to family physicians, who could then coordinate community care.

Nursing protocols were used by telephone through an *Info-Santé CLSC: Pilot Project for Telephone Intervention in the Area of Mental Health* (QC430). Persons with mental health problems are a particular challenge for call-in services because they often phone late at night or on weekends, when there are few resource people available to answer questions or give advice. Twenty-eight protocols were developed for use with children, adolescents, adults, older adults, and family and friends of people with mental health problems. The protocols were computerized and translated into English and nurses were trained in their use.

The researchers reported considerable success with the project in terms of increasing nurses' knowledge of persons with mental illnesses. An unanticipated benefit was that the protocols were thought to help in recruiting and retaining nurses because they experienced less stress in responding to callers with complex mental health problems.

Clarifying procedures and processes is particularly important when patients cross service delivery sites or institutional boundaries to receive different types of care. Clinical pathways were used in an *Evaluation of Clinical Paths for Congestive Heart Failure Patients Spanning the Continuum of Care* (BC402). Developed by two teaching hospitals in Vancouver, standardized procedures were outlined for patients transferring from hospital to community care. They included diagnostic tests, specialist consultations, treatments and other interventions, activities and rest, medication, nutrition, elimination, patient teaching, discharge planning, and desired patient outcomes. A steering committee was responsible for the development of the pathways with input and feedback from liaison nurses, pharmacists and other members of interdisciplinary teams in the hospital and the community.

In their findings, the authors emphasized the challenges of implementing interdisciplinary approaches in environments where some professionals, such as physicians, may be accustomed to solo practice with few evidence-based guidelines for what services should be provided.

It is essential that standardized tools and measures be based on up-to-date clinical and research evidence. This type of background research was used in a *Regional Evaluation of Surgical Indications and Outcomes* (BC401). Hospitals in the Vancouver/Richmond Health Region assessed the feasibility of evaluating a process to measure "need" for six high-volume elective surgical procedures: cataract, cholecystectomy, hysterectomy, lumbar disc surgery, prostatectomy, and total hip surgery. A standard set of criteria for indications for surgery was used with providers, as well as a measure of patients' perceptions of quality of life. The project's key participants were part of a steering committee of surgeons and administrators representing the British Columbia Ministry of Health, the Vancouver/Richmond Health Region, six surgical divisions and five hospitals.

The study showed that this type of assessment of surgical outcomes is important because, in some instances, surgery might be recommended despite minimal indications of need. About 140 surgeons participated in the study, and they were generally accepting of the results. However, the study illustrated the complexities of implementing changes that might be perceived as interfering with traditional medical decision-making.

A *Frail Seniors Service Delivery Model Evaluation* (BC123) was conducted in the North Shore Health Region of British Columbia. The "model" home care program outlined standardized processes for rehabilitation services, adult day care, community geriatric mental health and outreach services, recreation therapy and health education, and services from a case manager. The model determined when it was still realistic for seniors to remain in their homes and at what point additional supportive care was needed for them and their caregivers. Similarly, *An Integrated Mental Health Response for Seniors* (PE121) in Prince Edward Island provided a model of service delivery designed to ease the integration of home care and community mental health services for seniors experiencing dementia or depression. Both models might have useful application elsewhere.

Deciding precisely which services should be standardized and which procedures are essential to protocol implementation is a complex process. A standardized referral process (Rehabilitation Service Plan) was designed for patients needing rehabilitation services in New Brunswick (*A New Approach to the Delivery of Rehabilitation Services* [NB102]). In this case, the most important clinical factors in referring patients for rehabilitation were identified by a working committee of representatives from rehabilitation professions and other stakeholder groups, who participated in a series of consensus building sessions. The working committee created 24 strategies to coordinate all rehabilitation services in the province. The project included the development of a Priority Rating Scale, together with a users' manual, with the aim of promoting consistent prioritization of referred individuals and, consequently, equitable access to services throughout the province. The scale was evidence-based and included patients' and providers' viewpoints.

This rating scale was successfully implemented. Users were able to assess each patient's functional ability and the potential outcome of services, and thus determine a person's need for rehabilitation relative to others on the waiting list.

When services are being integrated, it is important that all participating organizations have a full understanding of their role. In Ontario, a *Coordinated Stroke Strategy* (ON428) was developed to coordinate services for stroke patients across the continuum of care.

While there is much to learn from this project on the use of protocols, guidelines and pathways, one of the most important contributions of this project was the written contracts for new roles and responsibilities for participating organizations. Standardized agreements clearly spelled out exactly who should provide each of the services involved in the transport of patients between regional stroke centers and community services near their home. The agreements were essential to ensure that a person experiencing a stroke could receive necessary medication (tPA) within a three-hour window of a stroke occurring. The participating hospitals agreed to offer tPA around the clock and to assume the associated increased cost for drugs and emergency services. Findings emphasized the complex process of negotiating contracts for inter-organizational arrangements.

### 3.1.2 Participatory Structures and Policies

In developing standardized approaches to integrated service delivery, it is essential to have the support of key interdisciplinary groups. Participatory structures and policies assure professional groups, consumers, and other stakeholders that their opinions and expertise are essential; this helps pave the way for smooth acceptance of the protocol or guidelines when the final product is implemented.

Participatory approaches to decision-making were used to develop and validate protocols in *From Chaos to Order: Making Sense of Waiting Lists in Canada* (NA489). In this Western Canada waiting list project, one of the principal challenges was to find a measure of standardized waiting lists that would be acceptable to key stakeholders.

The goal was to develop tools that physicians could use to measure the urgency of surgical procedures of patients waiting for cataract surgery in Saskatoon, hip and knee replacements in Edmonton, general surgery in Winnipeg, MRI scanning in Calgary, and children's mental health services in Vancouver. A scoring system was developed through clinical input from five multidisciplinary panels, interviews with health professionals, and field-testing. To ensure that the measure would be acceptable to both professionals and patients, close to 3,000 patients and 150 clinicians were involved. Public opinion was also sought through seven focus groups to validate the waitlist processes.

The project involved a consortium of 19 members – four provincial health ministries, seven regional health authorities, four medical associations, and four health research centres. The partnership was an unprecedented undertaking, demonstrating the complex inter-organizational relationships that are necessary for this type of work to be a success.

In other studies, new or enhanced roles for such health care workers as nurses, social workers, pharmacists, and rehabilitation therapists were designed with the expectation that they would work in teams to help break down barriers across organizational boundaries. These roles were frequently trans-disciplinary: responsibilities often overlapped between one role and another, so that people from different disciplines and backgrounds could take them on.

This type of trans-disciplinary role has been used successfully in Assertive Community Treatment (ACT) teams for mental health services in a number of communities. Douglas Psychiatric Hospital in Montréal implemented ACT teams for persons who had the combined problems of severe mental illness and alcohol and substance abuse *(Delivery of Integrated Care for Persons with Severe and Persistent Mental Disorders in their Home Environment* [QC407]). The investigators highlighted the difficulties in finding appropriate education programs to train Francophone team members for this work. Another project was successful in created expanded roles for pharmacists, which helped them work with family physicians in the same community to optimize drug therapy for seniors requiring multiple medications (*Randomized Trial Evaluating Expanded Role Pharmacists in Seniors*

*Covered by a Provincial Drug Plan in Ontario — Seniors Medication Assessment Research Trial* [ON221]).

Committees or taskforces were frequently used in the studies to ensure adequate participation in decision-making and appropriate leadership. For example, coordinating committees were established at three levels to facilitate integration of a full continuum of services in *Mechanism for Coordination of Geronto-Geriatric Services in Bois-Francs* (QC403). The committee structure was designed to support the development and implementation of clinical protocols and a system for case management. The committees were strategic (director level), tactical (coordinator level), and clinical (case manager level).

A variety of methods was used in an independent evaluation of the committee structure (*Development and Implementation of a Cost System for Home Care and Home Services in Connection with the Demonstration Project for an Integrated Services Network in the Bois-Francs, with Coordination of Services through Case Management* [QC123]). The committees' work was monitored through observing the decision-making at committee meetings, interviewing committee members, and clarifying the roles of case managers and team members. Findings indicated that the strategic level of coordination was a major facilitator of integrated services because this committee had the authority to reallocate funding for services as necessary to meet the needs of patients. Evaluation of the project as a whole showed that integrated service delivery could improve outcomes for patients and families without an increase in costs.

### 3.1.3 Communication and Education

Appropriately designed communication and education strategies are essential in achieving clinical integration. As T.J. Larkin and Sandar Larkin pointed out in their *Harvard Business Review* article, "Reaching and Changing Frontline Employees" (1996), poor communication can be damaging and as a result change processes may take longer. According to Larkin and Larkin, people are more likely to change the way they work if they learn what is expected from them early on, and if they consider the communicator to be a familiar and credible source.

These two principles were followed in the *Evaluation of Clinical Paths for Congestive Heart Failure Patients Project* (BC402). Early in the project, communication strategies and education sessions were developed and provided to 417 acute care and community care staff. Clinical project leaders, who were well known to the staff, presented the components of the clinical pathways and the details for how they should be used. A variety of different communication approaches was used, including formal lectures, videos, discussion groups, and written materials. The sessions were held at different times of the day and at different sites, so that there was every opportunity for staff to attend. In spite of this multimedia approach, however, it was difficult to reach everyone. The changes brought out different philosophies and cultures among providers about patient care and teamwork. Roles and responsibilities of health professionals also seemed ambiguous or else conflicted with traditional roles and responsibilities.

## 3.2 Information Management and Technology

In the second cluster, 13 projects focused on the essential steps of integrating information management and on the use of technology to achieve integration.

The importance and power of information management and technology have been well recognized in most industries, yet health care in Canada has been slow to embrace broad sweeping advances in information management. Integrated service delivery requires information to be collected and shared across traditional organizational and professional boundaries without undermining consumers' sense of privacy

and confidentiality. One of the most important challenges is to ensure all stakeholders have access to information when and where they need it.

Four main stakeholder groups need access to health and health services information for decision-making: individual patients and the general public; health care providers including physicians, nurses and other providers; managers and clinical leaders; and governments and other payers for services. Information found valuable by one set of stakeholders is also likely to be useful to other groups. This principle was illustrated in such projects as BC401 (*Regional Evaluation of Surgical Indications and Outcome*), NA489 (Western waiting lists) and ON428 (*Coordinated Stroke Strategy*).

### 3.2.1 Individual Patients and the General Public

Patients need information about their own health, their health history and about actions they can take on a personal level to improve their health. Historically, patients have not had access to their own medical records and, consequently, may have little understanding of the nature of their own health problems.

In an attempt to communicate with patients about their own health problems, chronically ill patients in downtown Regina and Saskatoon were provided with information about their blood pressure, blood cholesterol levels, and other problems that might be associated with diabetes, smoking, and alcohol consumption (*Transition to an Integrated Primary Health Services Model* [SK330]). Preliminary results from this project suggested that most patients were not aware of the seriousness of their own health problems and more work is necessary to improve their awareness, as well as to educate them about common health issues.

In *Establishment of Regional Network of Clinics for Prevention of Health Disease* (QC409), the results were more encouraging. Patients in Saguenay-Lac-Saint-Jean were provided with information about smoking, physical activities, and eating habits as a means of risk management for cardiovascular diseases. Researchers found that providing patients with this information had positive effects on their blood lipid levels and their level of physical activity.

One of the goals in providing consumers with health-related information is the hope that patients will assume responsibility for their own health. A project entitled *Populational and Organizational Impact of Introducing an Integrated Approach to Asthma Control in the Territory of the Arthur-Buies CLSC* (QC301) was a program in the emergency department of Hotel-Dieu hospital in Saint-Jerome. The goal of the project was to assist asthma patients to assume more initiative for their own care and to improve their quality of life.

Researchers found that patients benefited from the program and were satisfied with the services overall. However, practitioners concluded that the emergency department of a hospital was not the best place for this type of education program.

In a different type of setting in Prince Edward Island, the *Provincial Social Support Program for Teen Parents* (PE422) was introduced to provide teenage parents with information about health-related social programs, legal services, and employment opportunities. This program produced positive results. Once the teenagers were made aware of the range of options available to them, they were able to plan their lives and obtain child care, so that barriers to their completing high school were reduced.

The general public is often uninformed about basic health issues and about how the health care system operates. In the *Coordinated Stroke Strategy* (ON428) in Ontario, a pilot project was conducted to investigate the public's knowledge of stroke symptoms. Much to the investigators' surprise and dismay, about a third of the participants could not name the "five warning signs of stroke." As a result, extensive public relations and marketing strategies were developed.

Questions about the effectiveness and efficiency of Canada's health care system are frequently debated in the media and consumers are expressing greater interest in how health care dollars are spent and for what purposes. The waiting list project (NA489), mentioned above, gathered public input in seven western cities on the current state of waiting lists and on waiting times for five clinical areas. Based on their own personal experiences, word of mouth and media coverage, the focus group members expressed strong concerns about current waiting times and the apparently non-systematic methodology behind patient rankings. Acknowledging they were generally unaware of how waiting list decisions are made, the participants requested clear, fair and transparent processes should be in place.

### 3.2.2 Health Care Providers

No matter where patients are located within the system, providers need ready access to patients' clinical and non-clinical data. A single point of access for patients and an integrated computer system are essential components in such an information network.

In Quebec, for example, both these components were part of a telecommunications network developed so that providers could access the medical records of breast cancer patients transferring from one part of the system to another (*Oncology Network Demonstration Project* [QC426]). Similarly, a single access point and integrated electronic communications were essential components of the Regina Health District implementation examined in *Evaluation of a System-Wide Admission and Discharge Department* (SK424).

This system was formed to facilitate clients receiving the right care at the right time in the right place. As a result, information could be shared amongst providers and they were able to collaborate with each other at different stages of patient care processes. Among the positive outcomes for patients were fewer admissions to non-acute hospitals and more referrals to home care. However, the new system did not change everything: there was no change in the number of patients visiting emergency departments or in the number of acute hospital readmissions. Reasons for the limited success were perceived to be ambiguity in provider roles, inadequate communication, lack of confidence in the system by physicians, incomplete implementation of the protocol, and delays in implementing a patient information system.

Providers' need for timely and accurate information when making complex patient care decisions was illustrated by the *Regional Evaluation of Surgical Indications and Outcomes* (BC401) in British Columbia. One of the goals of this research was to provide surgeons with information about their current surgical practices compared to evidence-based guidelines. The surgeons had mixed feelings about the project, and some found the information somewhat threatening. However, most surgeons were sufficiently interested in the results of the research to explore the possibility of this type of information becoming part of the medical chart on a routine basis.

The project also revealed important concerns around information management. For example, it showed that automated tracking of information was a major cost: the project tracked over 6,200 episodes of surgery at a cost of $6 per outcome or $12 for a pre- and post-operative protocol. Other thorny issues were unique patient identifiers, confidentiality of patients' records, and policies governing research access to the information.

Tele-health is increasingly being used to help providers or patients tap into information from long distance. The *Tele-HomeCare: Multi-Site Modeling Component* (NA161) project experimented with providing home care for children through the Hospital for Sick Children in Toronto, the Alberta Children's Hospital in Calgary, and the Janeway Child Health Centre in St. John's. The local hospital and home care program collaborated to provide integrated sub-acute care to patients in their homes through audiovisual

monitoring. The services included patients' health assessment, community service planning, training and education, and linking discharge from hospital to the delivery of service in the home.

This core service model has the potential to increase access to services in remote areas and improve continuity during transition from hospital to community. The investigators indicated that the model could successfully reduce length of hospital stays, number of emergency room visits, and readmission rates.

### 3.2.3 Managers and Clinical Leaders

Managers and health care leaders need information to ensure that health services are both efficient and effective. A hospital in Sherbrooke was interested in the value for money of routinely ordered laboratory tests (*Use of a Self-Control Method for an Effective Change of Practice Applied to the Rationalization of the Use of Diagnostic Tests* [QC427]). A computerized program called "Autocontrol" was used to assess the extent to which physicians on a general surgical unit found automatic ordering of laboratory tests to be useful. After five tests (full blood count, sodium, potassium, urea and creatine) were examined, some were deemed to be irrelevant to patient care and their automatic use was discontinued. This study resulted in considerable financial saving and demonstrated how information can improve the efficiency and effectiveness of services.

Health care reform in Saskatchewan in 1991 involved the closing of many small rural hospitals and the integration of acute services under regional health boards. A study was carried out to assess the impact of closing small rural acute hospitals on hospitalization rates and on the perceptions of local residents with regard to access to care (*An Evaluation of the Impact of and Solutions Implemented in Rural Health Service Restructuring and Integrated Service Delivery* [SK422]).

The data showed that closing the hospitals did not result in a decrease in hospitalization rates or an increase in mortality rates. In fact, the opposite seemed to be true. In communities where hospital sites were closed, the mortality rates actually fell. Nevertheless, focus groups and telephone interviews suggested that residents felt their access to health services had declined.

This type of research can provide invaluable information for managers and leaders in communities undergoing health system change. The results showed that greater attention needs to be given to communicating with residents in local communities about the rationale for health care changes and the outcomes they can expect.

### 3.2.4 Governments and Other Payers

Governments and other payers need access to information in order to assess population health needs, set standards, decide policies, and monitor system performance. An integrated health-information systems tool was developed in Ontario that brought together data from different sectors – for example, quality indicators for home care and new approaches to funding psychiatric, long-term care, and rehabilitation cases (*Integrated Health Information Systems for Community, Institutional and Hospital Based Care Based on the RAI series of Instruments* [ON421]). Conclusions from this study were very positive. The tool was found to be both very practical for monitoring integrated health system performance and ready for use by governments, other payers, and provider organizations.

In a national project, researchers tried to assemble an integrated data resource by combining information from federal health surveys with provincial health care utilization data (*Socio-Economic Differences in the Use of Health Care: Why Are There Non-Financial Barriers to Medically Necessary Services?* [NA369]). The researchers were unsuccessful in accessing the data because of complex governmental policies and

approval processes. The study sends a useful message to different levels of government that changes in legislation and policy may be necessary if governments and other provider organizations are to integrate data from different sources.

*From Chaos to Order: Making Sense of Waiting Lists in Canada* (NA489), in the area of monitoring and managing waiting lists, also provided important information for provincial health ministries, regional health authorities, medical associations, and health research centres. Similar approaches could be adapted to review waiting lists in other provinces and to analyze other types of waiting list, such as those for diagnostic procedures.

The projects described in this section recognized the needs of different stakeholders for information and that the use of information must be actively managed across traditional organizational boundaries. However, many challenges remain to be overcome before true integrated information can be achieved. More research is needed for a full understanding of such complex issues as patient privacy, unique patient identifiers, single point of entry networks, and other strategies designed to improve information accessibility.

## 3.3 Vertical Integration in Communities

All 41 projects focused on integrated service delivery, but 17 of them provided particularly rich examples of vertical linkage and the diversity of inter-organizational arrangements that can be employed to achieve it.

In vertical integration, health care organizations from different stages in the continuum of care come together to provide coordinated and integrated services. The goal is to achieve a smooth transition as patients move from one service to another in local communities. The intent is to eliminate traditional "silos" in care processes where gaps in care might occur and where patients might slip through the cracks.

Vertical integration is especially critical in the current health care context, in which traditional inpatient hospital services are being reduced, and responsibilities and accountability for service delivery are being transferred to other community agencies. The hospital's role as central coordinator and source of "all knowledge" about a community's health services is gone, but it is not yet clear which group will assume this important function.

Vertical integration can take on different forms. In its simplest form, integration may involve a joint venture between two organizations: for example, between a hospital and a home care program. At a more complex level, multi-institutional arrangements may occur in which several agencies join forces to provide a continuum of services for a particular patient group or population. This type of arrangement may be *virtual*, as described by Goldsmith (1994), and organized as a network of services with no common governance or ownership. Alternatively, a group of organizations may be joined together under an umbrella governance model, such as that provided by a regional health authority. Vertical integration can also be expanded to include linkages with services involving broad determinants of health: social services, employment, schools, environmental agencies, and the like.

### 3.3.1 Joint Ventures

A joint venture was developed in the *Integrated Postpartum Care and Lactation Support* (BC422) project, which linked the hospital in an isolated British Columbia community with the public health services. The main goal of the project was to ensure new mothers received follow-up care, including breast feeding and other postpartum help, from public health nurses in the community. Similarly, in *Evaluation of Geriatric Psychiatry Outpatient Consultation for Elderly Depressed Patients: Perspectives of the Patient and Family, Referring Physician and Consultant* (QC428), primary care physicians in a

Montréal geriatric clinic attempted to link depressed elderly patients with the specialist services of a consulting psychiatrist.

The links were successfully made and patients and their families appeared to be satisfied with the specialists' services, but there were some problems with communications. It was not always made clear to either the patients or the psychiatrists why the referrals were being requested, and this resulted in a number of appointment cancellations.

In order to improve the links between hospitals and continuing care in the Simon Fraser Health Region, a program called "Carelinks" was introduced (*Evaluation of the Alternative level of Care Management Initiative* [BC421]). The program was financed through the closure of 30 beds in the hospital and was described as "in-reach." Clients were admitted to Carelinks through a single intake process, using client coordinators. They worked inside the hospital to assess patients, so that patients could be discharged on a timely basis from the acute care setting to their homes, home care, day care or long-term care facilities. Existing discharge planning units were converted to Transitional Care Units to provide care to a wider range of patients scheduled for discharge.

Findings of this study showed that Carelinks was instrumental in helping patients move from one setting to another, as well as in reducing hospital length of stay and costs. Other positive findings were that health care workers were satisfied with the program and clients reported improvements in quality of life.

On a national scale, the Canadian Mental Health Association wanted to improve the link between hospitals and publicly funded home care services for mental health patients. In *Home Care and People with Psychiatric Disabilities: Needs and Issues* (NA149), 77 branches of the Canadian Mental Health Association and 140 home-care agencies were surveyed. In addition, focus groups and interviews were carried out to identify the range of problems with the current system for mental health patients. As a result, recommendations were made that would improve vertical integration of services for persons with mental illnesses: for example, the use of clinical protocols; standardized assessment processes; case management; and mechanisms for sharing information across service boundaries.

### 3.3.2 Multi-Institutional Arrangements

Multi-institutional arrangements were a feature of *Enhancing the Care of People with Mental Illnesses in the Community: A Model for Primary Care Service Integration in the Area of Mental Health* (NS421). The goal of this Nova Scotia project was to promote early intervention and improve access to a range of services for people with mental illnesses. The arrangement was called a "shared care model" and involved four service delivery sites: an inner city community health centre, an urban family medicine centre, a rural family practice, and a comparison site for research purposes. Results showed that patients at the intervention sites had better access to services and reduced waiting times for services; visits to hospital emergency rooms were also decreased. In concluding, the authors stressed the critical need for coordinated primary health services for persons with mental illnesses.

In order to improve integration of palliative care services in the Moosejaw-Thunder Creek Health District, a comprehensive program linking home care, acute care and long-term care was implemented (*Palliative Care Program Review* [SK121]). In evaluating the new program, researchers focused on the perceptions of caregivers (patients' families and friends). While most caregivers were satisfied with the palliative care services, some family members felt their loved ones were sent home from the program too soon. Caregivers also thought the program did not have enough resources. For example, caregivers thought there should be more respite beds, more staff,

better bereavement programs, and that there should be more physicians involved in the program.

In a similar palliative care program in Montréal, a pilot project sought to establish a complete set of palliative care services provided in the home and through a day hospital (*Towards the Implementation of a Continuum of Palliative Care Services for Terminally Ill Adults* [QC406]). A new organizational agreement was developed through a partnership among five local community service centres (CLSC's – *centres locaux des services communautaires*) and McGill University Health Centre. Some palliative care services were already in place, such as a specialized unit and consultation team, but additional services were made available. New services included on-call nursing, medical and pharmaceutical services, intensive home care, direct phone-line to caregivers, and round-the-clock psychological, social and bereavement support.

The researchers had many recommendations for improving integration. They advocated advertising the new services more effectively in the community; greater involvement with the program by primary health care services; and improved face-to-face communication between providers to make patient information available in real time when caregivers were in the patient's home.

In theory, vertical integration should be easier to achieve in provinces that have a single board, such as an RHA, that is responsible for a full range of health services. In these circumstances, RHAs have the authority to reallocate resources from one type of service to another as the health needs of the population change.

The province of Quebec, with its long experience of regional health authorities, is fertile ground for experimenting with multi-institutional arrangements. The regional health authorities in Quebec have responsibilities for both health and social services, opening the potential for vertical integration of a much broader range of services than the traditional. Quebec RHAs are accountable for population health planning and delivery of a full range of services and, as such, they share many characteristics with the Integrated Health Systems described earlier. Three large projects, set in different regions of Quebec, illustrated experimentation with key components of IHSs.

*Establishment and Start-up of Integrated Care Model* (QC404) was initiated by the Montréal-Centre Regional Health and Social Services Board to evaluate the values and shortcomings of regional service integration for the frail elderly. This demonstration project, also known as SIPA, was designed to test the feasibility and cost-effectiveness of a new way of organizing, financing, and delivering services for the frail elderly. The integration strategies included clinical protocols; case management and team work; coordination between institutions; combined medical and social services; round-the-clock on-call system; increased budget for community services; and promotion of a broad financial model, similar to capitation funding, that covered all health and social services.

Results after one year of operation are encouraging. They suggest some clinical success has been achieved by reducing the waiting list for hospital admission, shortening lengths of stay in emergency departments, and increasing access to home care. Quality of care was perceived by patients to have improved.

The project is still in progress and continuing adjustments are being made to smooth day-to-day operations – simplifying the on-call system, for example, and reducing the workload of case managers. The initial cost analysis shows the cost of community services has increased slightly, without a compensatory decrease in hospital costs. However, it is early days yet for this project.

The second Quebec study, *Capitation Project in the Haut Saint-Laurent RCM* (QC431), used capitation funding as a way to improve access, effectiveness, and

efficiency of services. Capitation funding systems allocate a set dollar amount per capita (per head) for health care in a region irrespective of services that are actually used by the population there. In addition, this project implemented several of the above-mentioned integration strategies, such as clinical protocols and an information network linking provider organizations. Seven databases, with information about 200,000 patients, were amalgamated to facilitate analysis and use by decision-makers.

Preliminary results showed an increase in the use of out-patient and home aid services, shorter hospital lengths of stay, fewer hospital admissions, and fewer visits to emergency departments. Consolidation of the services at the local level has resulted in improved continuity and coordination among institutions. New resources were developed, including an information pamphlet for the public entitled, *Capitation Project, an Integrated Care and Services Network*, which provided a social and health portrait of the population of the region, described care delivery processes for 20 clinical problems, and outlined model agreements for how services should collaborate.

The third study, *Evaluation of Regional Ambulatory Care and Services Programs and of the Laval Ambulatory Hospital Centre* (QC422), evaluated a new ambulatory care centre created by the board of the Laval Health and Social Services Region. The centre provided the Laval population with a broad array of services: abortion and sexual assault services; day surgeries for ophthalmology patients; post-surgery follow-up for cancer patients; a pacemaker service for coronary cardiac patients; day-stay services for mental health patients; and other services.

The study monitored access and use of services, as well as the economic impact of the centre on the health system as a whole. Referral patterns of patients to existing hospitals and health care centres were also analysed. The authors used a single-case study design with various levels of qualitative analyses. They conducted semi-structured interviews of health professionals and managers and compared clinical programs before and after implementation of new programs. Data were also collected from patients' interviews, questionnaires, and file abstraction. The evaluation was particularly challenging because of the complexity of the integration mechanisms and the provincial health budget cuts at the time of the project.

The authors were encouraged by results suggesting services are now more accessible to the Laval population. However, they noted many continuing challenges, including blurring of roles between primary, secondary and tertiary levels of care, and power struggles between public and political groups. The evaluation is still in progress.

These three Quebec projects demonstrate that broad integration of health and social services with key elements of IHSs is achievable and, even in early stages, can produce positive results. Clearly, both implementation processes and evaluation strategies are not easy. It is likely to take more time and experimentation before the full value of this approach can be realized.

### 3.3.3 Determinants of Health Linkages

Several projects embodied the vision and philosophy that health is more than just the provision of health services and may be determined by a host of complex social, environmental and ecological factors. These projects attempted to link health services with a broader range of services associated with the health status of individuals and populations. Teenage parents were linked to social, education, employment, and legal services in a Prince Edward Island project (PE422); in the Battleford Health District of Saskatchewan, liaison workers were hired to assist First Nations individuals in accessing a myriad of health and social services from 44 different community agencies (SK402); and, in Quebec, access to housing support was a key component of a project addressing

the needs of patients with severe and persistent mental health problems (QC408).

Two projects in this group were carried out in extremely challenging environments. One project, in 14 remote villages along Hudson Bay and Ungava coasts in Nunavik, was remarkably successful in reaching 12 clients with severe mental illness, suicidal tendencies and drug abuse problems; it provided them with a therapeutic milieu so that they could acquire social skills and reintegrate into the community (QC434). Another study, of Inuit populations in six disparate Inuit regions of Canada (NA485), added to the health system's sparse knowledge of the health needs of Canadians living in remote areas.

Overall, the results of these projects were positive, and the studies themselves represent a trend that should be encouraged. In linking the provision of health care to broader determinants, they recognize that a holistic approach to the health and well-being of Canadians is important for the future.

# 4. Implications for Policy and Practice

The studies synthesized in this paper represent an enormous accumulation of experience and knowledge about integrated service delivery strategies and the effects of integration on health care processes and outcomes. However, it is difficult to draw practical lessons from projects implemented in the field, where findings are not always precise or concrete. The studies also represent a wide range of type and methodology. Some studies were limited by small sample sizes, lack of a comparison group, or by trying to complete a project in a difficult setting. Most projects were challenged by lack of precise definitions and measures for service integration, as well as the complexity of identifying valid measures of health outcomes.

In terms of relevance, some studies are likely to be most applicable in their local environments, where the culture and characteristics of local circumstances have strong influences on the health of the population. Findings from other projects have provincial or national relevance. The Western Canada waiting list project (NA489), the *Regional Evaluation of Surgical Indications and Outcomes* (BC401) in Vancouver and the SIPA project (QC404) in Montréal all have the potential for broad applicability across Canada.

The lingering question is how these projects contribute to the systemic problems of health care delineated at the start of this paper. What lessons have been learned and where do we go from here?

## 4.1 Better Use of Human Resources

Experience from these projects suggests that integrated service delivery could offer flexibility and some potential for better use of human resources.

One of the hindrances to alleviating health-worker shortages is that the current roles of professionals are embedded in provincial legislations, making them difficult to change. These studies show that, during the process of implementing integrated service delivery, traditional roles and responsibilities of health professionals often became blurred. In spite of initial resistances to change, new trans-disciplinary roles evolved; professionals with a variety of educational backgrounds and experiences were able to assume a broader set of responsibilities. New liaison positions were developed to facilitate linkages across different organizations. Opportunities were opened for case managers, nurses, nurse practitioners, social workers, pharmacists, and others to take up work in primary health care – especially care involving patients with chronic illnesses. This type of flexibility in work and work environments offers much promise for future human resources management.

## 4.2 Streamlining and Process Successes

The studies suggested that the most successful projects in eliminating redundancies or gaps in services were those that focused on patients with specific diseases – smooth integration was more likely when the service to be integrated had distinct boundaries.

Consistent progress was demonstrated in testing standardized clinical guidelines, protocols, assessment tools, and model programs. Participatory structures and policies provided an encouraging environment for health professionals to be directly involved in decisions about the validity of guidelines; as a consequence, participants became enthusiastic supporters of their use. Education and retraining were shown to be essential for health care providers to acquire the necessary skills and knowledge to work in their new roles.

A small number of studies demonstrated methods of saving costs – by eliminating unnecessary routine laboratory tests, for example – but, on the whole, projects were not focused on cost savings.

## 4.3 Information Integration

The projects reinforced the principle that integrated information is essential for integrated service delivery. However, most studies found it a challenge to achieve integrated information systems that ensured the different stakeholders had appropriate information for decision-making. It is clear there are still many difficult aspects to be resolved.

Studies that attempted to communicate with patients or with the general public met with only limited success. More work is urgently required to learn more about the critical needs of Canadians for health information. It is essential that the confidence Canadians had in their health system be restored; to achieve this, individuals must be provided with information that will assure them high-quality services wherever and whenever they need it. The public must have access to information that allows them to compare health service access, quality and outcomes, and make choices accordingly.

Health care providers need access to information about their patients, no matter where in the continuum of care the patients are located. A single entry point and a computerized information system were found to be invaluable in facilitating service delivery integration. Managers, clinical leaders, governments and other payers all require information to be able to plan, deliver and evaluate health services; a number of projects illustrated the challenges in making this type of information accessible in a usable form. Technological projects – telemedicine, for example – demonstrated

the potential benefits of connecting services at a distance, but an overall strategy is needed to ensure these developments are aligned provincially and nationally.

Coordinating health services in a community is a major challenge for local providers. Traditionally, the local hospital has been the main coordinator of health care but, with the closure of some community hospital sites, new coordinators are needed. Individual patients must be educated in the possibility that they may be the best coordinators of their own care and, if so, how they can assemble their health records and an inventory of available services.

## 4.4 Integration Models

Experience in other countries, as well as in these projects, has shown that voluntary collaboration among providers has limited success – incentives must be in place to encourage integration. The studies show that practical structures, such as joint ventures between two service providers and multi-institutional arrangements, can successfully encourage integration.

Vertical integration can be facilitated by such common governance structures as regional health authorities; the three Quebec projects demonstrated early success in implementing core components of integrated health systems. These experiments offered a full range of health and social services to specific populations, using clinical protocols, case management and teams, capitation funding, common medical electronic records, a single point of entry, and other integration strategies.

Conclusions from these 41 studies suggest that there is not one ideal model for integrated services delivery. Comprehensive integration is likely to take a long time – up to 10 years – and will be achieved through incremental steps and continuous adjustments to suit community needs. Early results suggest that such supportive structures as RHAs are a necessary, if not sufficient, tool for enabling comprehensive service integration. Regional structures appear to facilitate the development of performance measures, while offering the potential of putting this type of information in the hands of local residents and consumers.

# 5. Recommendations

A number of recommendations can be made that arise directly from the projects. Other recommendations are the result of gaps or omissions in the research where further work is essential to achieve integrated health services delivery.

The driving force for successful integration should be the health needs of Canadians and the well-being of communities. Governments should lead the way by investing in incentive programs that signal to physicians, nurses and other providers the importance of integrated "patient-focused" care.

Urgent attention must be given to providing Canadians with more information about their own health, health care, and health systems in general. They need to know what choices are available to them as individuals in terms of healthy lifestyles, treatments, drugs, and so on. They deserve to know what choices are available to them, which means enabling them to compare health care organizations and their effectiveness in access, quality, and outcomes. Canadians need assurance of high-quality services and wise use of health care dollars. Providing Canadians with this type of information will empower them to act and "demand" better integrated services.

Greater investment is necessary to develop and validate measures of health services access, quality, and outcomes. Targets should be set regionally for performance improvement. This information should

be routinely collected on a regional basis and be available to the public.

The pace of developing and implementing clinical guidelines, protocols, and model programs across the country should be accelerated. Professional associations and colleges should provide leadership and give priority to interdisciplinary work in clinical guideline and protocol implementation.

Education programs for physicians, nurses, and other health care workers in universities, colleges, and professional associations should modernize their curricula to reflect integrated service delivery. Health care workers should be educated in clinical guidelines, protocols, case management, interdisciplinary team approaches, participatory decision-making, organization cultures, inter-organizational relationships, organizational change, and so on.

Primary health care is the backbone of integrated service delivery. Implementation of primary health care models that use multidisciplinary approaches should be accelerated across the country. Legislation regulating professions should be examined to allow for more flexible roles and the introduction of new categories of workers.

Immediate attention must be given at federal and provincial levels to ensure that information and technology developed at local levels are compatible and can be linked.

Integration requires commitment and champions. Governments must lead the way by ensuring their internal structures do not reflect outdated silo thinking, which presents barriers to integration. Individuals must be appointed with specific accountability for achieving service delivery integration.

Continuing research is necessary to explore other facilitators and barriers to integration, along with their effects on outcomes. System level and service level integration experiences should be monitored and communicated widely.

In summary, these 41 projects suggest that integration efforts have not failed as Friedman and Goes (2001) indicated, but that implementing integrated service delivery in Canada takes time and continuous adjustment. We have not yet achieved the consumers' vision of an ideal model of health care, as outlined by Guerriere (2001). Gaps and duplication in services remain, information for consumers is sparse, and services are not yet organized primarily for the convenience of consumers. Clearly, there is still much more work to be done.

# References

Friedman, L. & Goes, J. (2001). Have integrated health networks failed? *Frontiers of Health Services Management.* 17:(4) 3-28.

Gilles, R. R., Shortell, S. M., & Young, G. J. (1997). Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital and Health Services Administration.* 42:3 299-321.

Goldsmith, J. C. (1994). The illusive logic of integration. *The Healthcare Forum Journal.* (March/April) 36:2 36-42.

Guerriere, M. (2001, June). Towards a Canadian model of integrated healthcare. Presentation at a Healthcare *Papers*: New Models for the New Healthcare Conference, Toronto.

Kindig, D. A. (1997). *Purchasing population health: Paying for results.* Ann Arbor: University of Michigan Press.

Larkin, T.J. & Larkin, S. (1996). Reaching and changing frontline employees. *Harvard Business Review.* (May-June) 74:3 95-104.

Leatt, P., Pink, G.H., & Naylor, C.D. (1996). Integrated delivery systems: Has their time come in Canada? *Canadian Medical Association Journal.* 154:6 803-809.

Leatt, P., Pink, G.H., & Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthcare Papers.* 1:2 13-35. (This paper was an update of *Integrated delivery systems: Has their time come in Canada?* published in 1996 in the *Canadian Medical Association Journal* by Leatt, Pink, and Naylor.)

Lomas, J., Woods, J., & Veenstra, G. (1997). Devolving authority for health care in Canada's provinces: 4. Emerging issues and prospects. *Canadian Medical Association Journal.* 156:6 817-823.

Naylor, C. D. (1999). Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress. *Health Affairs.* 18:3 9-26.

Ontario Health Services Restructuring Commission. (2000). *A legacy report: Looking forward, looking back.* Toronto: The Author.

Shortell, S.M., Gillies, R.R., & Anderson, D. (1994). The new world of managed care: Creating organized delivery systems. *Health Affairs.* 13:5 46-64.

Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Erikson, K.M., & Mitchell, J.B. (1996 and 2000). *Remaking health care in America: First and second editions.* San Francisco: Jossey-Bass.

# Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Integrated Service Delivery

This appendix provides summary information on the HTF projects which were reviewed in the preparation of this document. For further information, please refer to the HTF website (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass).

**(NA149) Home Care and People with Psychiatric Disabilities: Needs and Issues**

**Recipient: Canadian Mental Health Association, Toronto**

**Contribution: $204,900**

This national study explored the issue of how adults with serious mental illness (not including Alzheimer's) in Canada might benefit from publicly funded home care services. The project conducted a national evaluation of the accessibility, appropriateness, and effectiveness of existing home care services for adults with serious mental illness by reviewing completed surveys from 77 branches of the CMH. and 140 home care organizations, comments from patients and families in 13 cross-Canada focus group sessions, and information from face-to-face interviews with 142 key stakeholders. Concurrently, site-specific pilot programs were developed, implemented, and evaluated in Taber, Ottawa, and St. John's, showing that there is a variety of ways to integrate mental health and home care. The report recommends a series of changes to policy and practice that would relieve the "revolving door syndrome" of the mentally ill cycling in and out of hospital: making admission planning to home care part of hospital discharge planning, providing more support to caregivers and home care staff, and undertaking intensive case management. The report also makes the case for improving the integration of home care and mental health services in all parts of Canada.

**(NA161) Tele–Home Care: Multi-Site Modelling Component**

**Recipient: The Hospital for Sick Children, Toronto**

**Contribution: $87,240**

This report compares three regionally produced models of tele-home care, one (in Toronto) that was operational and the other two (in Calgary and St. John's) that were theoretical, pinpointing common elements and noting site-specific differences. The project enlisted local hospital and home care personnel to develop the two theoretical tele-home care models by identifying broad service concepts, defining a patient population, pinpointing essential service elements, and making recommendations about technology requirements. The models were then compared with one currently being tested at the Hospital for Sick Children in Toronto. The project developed a "blueprint" for a core Canadian tele-home care service that could enable higher-intensity care in the home for up to six months after hospital discharge: establishing an audio-visual connection between the monitoring centre and the patient, monitoring patients at least once a day, and offering tertiary support to the patient and the community care provider. Tele-home care is an adjunct to, not a substitute for, traditional home care. The result was a better understanding of the nature, advantages, and adaptability of a new model of service delivery, which may increase health system efficiency but may also help resolve access issues for patients in rural and remote regions.

**(NA369) Socio-Economic Differences in the Use of Health Care: Why Are There Non-Financial Barriers to Medically Necessary Services?**

**Recipient: Canadian Institute for Health Information, Toronto**

**Contribution: $213,044**

While undertaking a study of socio-economic differences in access to health care in Canada, a team of university researchers from five provinces has revealed a deeply flawed and fractured system of provincial/federal health data keeping. The result is an examination of the barriers to assembling data for appropriate research purposes. Although a study examining inequitable access to prescription drugs, home care and long-term care is still expected, in this report the researchers outline a complex and time-consuming array of approvals, clearances, contractual

arrangements, and policies that had to be cleared before the project could proceed. They encountered provincial diversity in legislation, policies, and procedures to ensure privacy and confidentiality of personal health information; little support for data sharing between provinces; and conflicting bureaucratic priorities. Data-keeping itself was problematic, with different coding systems in each province for physician claims, hospital discharge data, and other databases, creating a major barrier to interprovincial research on health services utilization and outcomes. The authors suggest that their organizational framework – a pan-Canadian network of researchers, analysts, provincial research centres, and federal agencies – could pave the way for future research. The study sheds light on the inefficiencies in data collection and data protection systems in Canada, which will require political and administrative will to resolve.

**(NA404/QC404) Establishment and Start-up of Integrated Care Model**

**Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre**

**Contribution: $2,798,781**

This demonstration project tested the feasibility and cost-effectiveness of a new way of organizing, financing, and delivering services for the frail elderly. It was referred to as SIPA (*Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie*), a system of integrated services for the frail elderly, in which the financing was a simulation of capitation. The report describes how two CLSC districts in Montréal put the system into practice with the help of interdisciplinary teams that coordinated all medical and social services, both primary and secondary, and dealt with both acute and chronic care for all their patients. The aim was to respond to the needs of the frail elderly and to maintain their autonomy and ability to choose appropriate solutions. For the health and social service system, the goal was to optimize the use of resources, whether community, hospital, or institutional. The report details difficulties and delays in implementation and obstacles to the effective management of the project, including difficulty involving doctors in private practice. Nonetheless, patients (and their caregivers) in the SIPA group reported perceiving a higher quality of services and a greater sense of security than did those in the control group. The SIPA group also significantly reduced its use of hospital resources, and there was a tendency to less institutionalization among these patients. The cost analysis indicated that the costs of care were slightly higher for patients in the SIPA group and that the increased use of community services was not financially compensated for by a reduction in the use of hospital services, at least during the time of the experimentation. However, the authors suggest that it may become more cost-effective when the cost of long-term care is factored in over a longer period.

**(NA485) Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions**

**Recipient: Inuit Tapirisat of Canada, Ottawa**

**Contribution: $163,800**

This study examined the way health care is delivered in the six disparate Inuit regions of Canada, among populations that have the highest suicide rate, lowest life expectancy, and highest birth rate of all Aboriginal peoples in Canada. Using a holistic, population health-based approach in interviews with 41 key informants and an evaluation of commentary from the Inuit Health Policy Forum, this report lays the foundation for a future analysis of models of health care delivery. It finds that mental health issues and suicide prevention are considered top priorities in all Inuit regions and that all communities have basic, front-line nursing services, although staff shortages are straining the system. Regional differences are evident with respect to physician care. There is a general need for an emphasis on prevention, education, and health promotion and a need for Inuit involvement at all levels of the system in order to integrate traditional knowledge and culture.

**(NA489) From Chaos to Order: Making Sense of Waiting Lists in Canada**

**Recipient: University of Alberta**

**Contribution: $2,118,762**

Making waiting times for medical care shorter and more fair was the aim of this multidisciplinary western Canadian project. Currently, waiting lists are not standardized, coordinated, or managed in any comprehensive way. Involving a consortium of four provincial health ministries, seven regional health authorities, four medical associations, and four health research centres, this project developed practical,

physician-scored tools to measure the level of urgency in patients waiting for care in five clinical areas: cataract surgery, hip and knee replacements, general surgery, MRI scanning, and children's mental health. Clinicians found the priority-criteria tools to be valid and valuable, most so in the areas of general surgery and hip and knee replacement and least so for MRI scanning. Regional health authorities supported the methods of assigning patients to waiting lists, although there was evidence of resistance to change.

**(BC123) Frail Seniors Service Delivery Model Evaluation**

**Recipient: North Shore Health Region**

**Contribution: $139,875**

This six-month project compared integrated home care services for frail seniors with non-integrated services. It also evaluated cost-effectiveness and relative health outcomes of integrated home care. Clients in the treatment group received continuing attention from a care coordinator, generous occupational and physiotherapy rehabilitation services, access to an adult day program, advice from mental health and geriatric outreach teams, recreation therapy, regular attention at interdisciplinary team conferences, and the services of a salaried home support worker. The program was found to be very cost-effective. In the six-month period, the total cost of services for the treatment group was $7,367 per client, compared with $11,279 per client for the comparison group. No significant differences existed in health outcomes between the two groups.

**(BC401) Regional Evaluation of Surgical Indications and Outcomes (RESIO)**

**Recipient: Vancouver Hospital and Health Sciences Centre**

**Contribution: $810,191**

This project explored the effectiveness of six common elective surgical operations from the patients' point of view. Rather than charting mortality and morbidity – the typical outcomes from a physician's perspective – the researchers asked patients to rate their health-related quality of life and to assess the difference that surgery made to their well-being. The procedures were cataract extraction, cholecystectomy, hysterectomy, lumbar disectomy, prostatectomy, and total hip replacement. The results were, first, that such large-scale, systematic outcome evaluation is feasible, useful, and relatively inexpensive. The majority of patients reported improvement in every surgical procedure, but for each surgery some patients' post-operative well-being was unchanged or even worse. Cataract surgery showed the most inconsistencies with clinical guidelines. As well, 1 per cent of cataract patients said their quality of life had remained the same, and 26 per cent reported that their situation had worsened after the surgery. In general, the more pain and discomfort before the surgery, the greater the improvement after it. The authors noted that a further exploration of these findings could help surgeons and patients determine who can benefit from the operation and reduce the chance of poor outcomes.

**(BC402) Evaluation of Clinical Paths for Congestive Heart Failure Patients Spanning the Continuum of Care**

**Recipient: Vancouver Hospital and Health Sciences Centre**

**Contribution: $509,982**

This project developed and implemented two clinical paths for complex congestive heart failure (CHF), one for use in the acute care setting and one for use in community care. The clinical paths consisted of a standardized flow chart to describe and guide the care of the CHF patient while in hospital and, subsequently, through transition to the community. The hospital path identified four phases of care: emergency, acute, stabilization, and discharge. The community path consisted of three phases: assessment, acute care, and maintenance. The acceptance of the clinical path in the home care setting by community nurses was very good. However, significant challenges were encountered in the hospital setting due, among other things, to conflicts about the roles and philosophies of various health providers, lack of leadership, entrenched hospital cultures, and staff shortages.

**(BC421) Evaluation of the Alternative Level of Care Management Initiative (The Carelinks Program)**

**Recipient: Simon Fraser Health Region**

**Contribution: $199,700**

This project evaluated Carelinks, a program introduced in 1999 in two hospitals in the Simon Fraser Health Region that was designed to improve coordination between hospitals and continuing care. Carelinks was financed by a restructuring that included closing a ward of 30 beds and eliminating some staff positions. Researchers reported generally positive perceptions of the program's success on the part of physicians and other staff. Also, clients of Carelinks reported greater health improvement than was the case in a control group. Other indicators, including the use of physician and hospital services, showed no difference between the two groups. Cost savings in the year after the restructuring and implementation of Carelinks totalled almost $1 million. Researchers concluded that the diversion of resources to Carelinks was cost-effective and improved health status and provider satisfaction.

**(BC422) Integrated Postpartum Care and Lactation Support**

**Recipient: North West Community Health Services Society**

**Contribution: $63,037**

This project developed a partnership between an acute care hospital and public health services to provide postpartum care in an isolated, semi-urban, northern community in British Columbia. The project was undertaken in response to concerns about the effects of early discharge from hospital on postpartum outcomes, particularly breastfeeding. Women could attend a clinic seven afternoons a week or receive a home visit during the first two weeks postpartum. Topics addressed at the clinic included breastfeeding, baby development, family adjustment, and links with other services. Client satisfaction was high, and health care providers expressed confidence in the service. However, the 12-month time frame did not permit an evaluation of health outcomes.

**(NB102) A New Approach to the Delivery of Rehabilitation Services**

**Recipient: Department of Health and Community Services, Government of New Brunswick**

**Contribution: $2,972,983**

This study assessed the impact of the Rehabilitation Service Plan, developed in 1994 to improve the delivery of community-based rehabilitation services in New Brunswick by improving client access and coordinating service delivery. Lacking baseline data, the researchers measured perceived changes through qualitative evaluations. They conclude that rehabilitation services have indeed improved: they are seen as client-centred, and clients are generally satisfied; certain clients have access to a wider range of services; the referral process is easier; a new assessment process ensures that the neediest patients receive attention first; hospital and community services are better coordinated; and the Stan Cassidy Centre for Rehabilitation has taken a leading role in the province. The report also identifies remaining challenges, principally the need for sufficient human resources and funding for continuing training.

**(NS421) Enhancing the Care of People with Mental Illnesses in the Community: A Model for Primary Care Service Integration in the Area of Mental Health**

**Recipient: The Nova Scotia Hospital**

**Contribution: $397,200**

This project piloted a "Shared Care" model of mental health delivery to improve identification, early intervention, access to appropriate services, and outcomes. The Shared Care model deployed mental health workers and psychiatrists in primary care settings at four sites in Nova Scotia: an inner-city community health centre, an urban family medicine centre, a rural family practice, and a comparison site. Each intervention site had three FTE family physicians on salary and a receptionist, psychiatrist, and mental health worker. The comparison site had fee-for-service physicians. A total of 241 patients gave written consent to participate in the research. The evaluation found that patients at the intervention sites received improved access to appropriate mental health services: decreased waiting times, reduced visits to emergency, more referrals for mental health consultations at their own site, and high rates of patient

satisfaction. The patients' mental health outcomes were improved, and there was improved collaboration and communication between health care providers.

**(ON221) Randomized Trial Evaluating Expanded-Role of Pharmacists in Seniors Covered by a Provincial Drug Plan in Ontario – Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART)**

**Recipient: McMaster University, Hamilton**

**Contribution: $677,860**

The study evaluated a five-month program that linked family physicians with pharmacists trained to provide cognitive, clinical, patient-based care (known as "expanded role pharmacists" or ERPs) in an attempt to optimize drug therapy for seniors. The study used a "cluster randomized control trial design" that involved 889 senior patients, each using five or more medications, in 48 family practices in urban and rural Ontario. The SMART project twinned pharmacists with family physicians in the intervention group, provided access to medical records and patient interviews, facilitated recommendations on identified drug-related problems, and determined over the next five months which recommendations would be implemented. The report notes that the experiment was successful, effective, and reproducible: drug-related problems were identified in 88 per cent of the patients in the intervention group; physicians agreed to implement 84.2 per cent of the recommendations they received; and after five months, 56.5 per cent of those changes had been implemented successfully. The study found no significant differences between the intervention and control groups in terms of mean number of daily medications or medication units, proportions of appropriate or inappropriate drug use, the proportion of patients reporting a problem with their medications, or quality of life. Both physicians and pharmacists said they would recommend the method of collaboration to colleagues.

**(ON421) Integrated Health Information Systems for Community, Institutional, and Hospital-Based Care Based on the RAI Series of Instruments**

**Recipient: University of Waterloo**

**Contribution: $1,648,644**

This study investigated the feasibility and usefulness of informatics tools (RAI instruments) that help health care providers and administrators see how their practice compares with that of reference groups. Researchers and administrators can use RAI instruments to track health indicators and therefore to guide population health strategies. There were four parts to this two-year study; all of the substudies involved the secondary analysis of data obtained from health organizations that voluntarily pilot tested one or more RAI instruments as part of their normal practice. Results were returned to clinicians, who could incorporate them in activities and care plans. The substudies successfully introduced assessment instruments that support integrated information systems (IHIS), home care quality indicators (HCQIs), and a new case mix classification system for in-patient psychiatry (RAI-MH). The fourth study reviewed and endorsed the results of using an instrument called RUG-III to fund long-term care and complex continuing care.

**(ON428) Coordinated Stroke Strategy**

**Recipient: Heart and Stroke Foundation of Ontario**

**Contribution: $750,000**

This study evaluated a Coordinated Stroke Strategy demonstration project, which is integrating stroke care across "the continuum of care" from health promotion and risk factor management to pre-hospital and acute care through to rehabilitation and community reintegration. The study examined efforts to improve secondary prevention strategies in two pilot programs and tested the effectiveness of some marketing strategies for messages about the warning signs of stroke. Each demonstration region developed networks and mobilized stakeholders in its own way; the variations and resulting benefits or problems are laid out in this study. The project has also added knowledge about processes and protocols at successful stroke-prevention clinics.

**(PE121) An Integrated Mental Health Response for Seniors**

**Recipient: Prince Edward Island Department of Health and Social Services**

**Contribution: $140,000**

This two-year study developed and field-tested a model of service delivery to integrate home care and community mental health services for seniors experiencing dementia or depression, the most common mental disorders among seniors. The main objectives were earlier assessment, care planning, and appropriate intervention. Planning of the model was cautious in order to allow key home care and mental health workers a chance to become comfortable with objectives. Once launched, the project undertook to increase the confidence and competence of front-line staff with workshops (for home care workers) and intense training on seniors' health (for mental health personnel). Researchers developed a "screening tool flow chart" for identifying early signs of illness during home visits and a multidisciplinary diagnostic protocol for client and caregiver assessments. The project improved the accessibility of mental health expertise for home care staff; challenges included staff retention and gaining support from family physicians.

**(PE422) Provincial Social Support Program for Teen Parents**

**Recipient: Prince Edward Island Department of Health and Social Services**

**Contribution: $137,500**

This two-year project helped teenage parents access social, educational, legal, and health supports. With a provincial mandate, the project coordinator worked at the grassroots level with teenaged clients in five health districts to define needs, objectives, and service gaps and then integrated existing service networks and raised the level of awareness of teenage parent issues among regional service providers. During the project, new information resources were prepared and disseminated. The project highlighted a lack of continuity in services for teenage parents and the need for a systematic approach to meeting their needs in the employment, legal, social, and education sectors. The project saw a 10 per cent increase in participants staying in school, increased teenage parent access to services, and increased networking among service providers.

**(QC123) Development and Implementation of a Cost System for Home Care and Home Services in Connection with the Demonstration Project for an Integrated Services Network in the Bois-Francs, with Coordination of Services Through Case Management**

**Recipient: Université Laval**

**Contribution: $199,290**

This project developed a system of cost analysis to evaluate the results of coordinating services to the frail elderly in the Bois-Francs region of Quebec. (See QC403 for an evaluation of this project as it relates to implementation and patient outcomes.) Costs were calculated for home health care and services to the elderly and to the public health and social services network. The economic analysis of costs assumed by the elderly themselves and by their families was not available. The results show that overall costs to the public system are comparable over time between the two regions that were tested, though there were differences in the services used. The researchers conclude that the coordinated services initiative is economically viable because it brings significant benefits to patients without requiring increased expenditure from the public system. Furthermore, they suggest that their model for imputing costs could be used to evaluate other integrated services projects for other client groups.

**(QC301) Populational and Organizational Impact of Introducing an Integrated Approach to Asthma Control in the Territory Served by the Hôtel-Dieu Hospital in Saint-Jérôme**

**Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides**

**Contribution: $37,000**

This pilot project set up an integrated approach to controlling asthma. It offered training to practitioners to increase their knowledge about asthma, build links among practitioners, and promote the referral of patients to the *Centre d'enseignement sur l'asthme* (CEA, an asthma teaching centre). The CEA aimed to improve patients' self-management of their disease. In general, patients and practitioners were satisfied with the activities of the project. The integrative aspects of the project were less successful. The study found that although the target audience may be found in the emergency department, this is not the best place to motivate patients for education in self-management.

**(QC401) A Network of Basic Integrated Services: Developing It, Publicizing It, and Measuring the Perception that the Population and the Workers Have of It**

**Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent**

**Contribution: $92,265**

This project studied the way primary care services have been integrated in two largely rural *Municipalités régionales de comté* (MRC, regional county municipalities) in the Bas-Saint-Laurent region of Quebec. Researchers looked at factors that facilitated or constrained the integration process and examined the effects of the process on the perceptions of the population and of staff involved in service delivery. Because integration was time-consuming, particularly in an MRC that was taking the time to involve the public and practitioners, results are somewhat inconclusive. The report notes that attitudes of confidence and satisfaction both among the staff and among the public are linked to the level of education attained. In an area where many people have a low level of education, this finding highlights the importance of using communication methods adapted to low literacy levels in order to promote the acceptance of any change in service delivery.

**(QC402) Impact of Methods for Integration of Emerging Services in the Laurentians Public Health Region in Quebec**

**Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides**

**Contribution: $310,975**

The *Régie régionale* of the Laurentians health region of Quebec restructured its health and social services, as required under the province's recent reforms. This study evaluates the results of this region's approach to providing more services outside of institutional settings (*le virage ambulatoire*) and to increasing the integration of services. The evaluation is complicated by the division of the region into five subregions, each with its own approach, based on its distinct geographic, demographic, and socio-economic characteristics. The authors find some association between the characteristics of the subregions and the extent to which the integration of services has been achieved. They conclude that the *Régie régionale*'s initiative has been successful in starting an important process of change in the desired direction and recommend that the *Régie* continue to respect the diversity of the sub-regions, noting that what succeeds in one may not be appropriate for another. The authors make other specific recommendations concerning factors that will promote changes in practice, including making financial incentives consistent with the integration of services. They also recommend measures that will continue to ensure that services respond to the needs of a diverse population.

**(QC403) Mechanism for Coordination of Geronto-Geriatric Services in Bois-Francs**

**Recipient: Université Laval**

**Contribution: $250,700**

This project evaluated a model of coordinated care for the frail elderly that was developed in 1997 in the Bois-Francs region of Quebec. Services to the elderly were coordinated by using one point of entry, case management, and personalized service plans ranging from health promotion to palliative care. A system of electronic clinical files was designed to facilitate interdisciplinary communication. The evaluation showed that the program succeeded in reaching the frail elderly, and that the *intervenant-pivot* (key practitioner) fulfilled the intended role of case manager. The computerized sharing of information was less successfully implemented because not everyone in the network was adequately equipped. The evaluation of patient outcomes showed a tendency for patients to stay longer in their homes in the Bois-Francs region than in the control region; family caregivers also reported a reduced burden for the first two years of the evaluation. No effect could be shown on the use of the emergency department, on hospitalization, or on medication usage. The companion project (QC-123) looks at the relative costs of the coordinated services and a control region; it concludes that costs were no higher for what appear to be generally improved outcomes for patients and their families.

**(QC405) Outcomes: Screening and Intervention**

**Recipient: St. Mary's Hospital Centre**

**Contribution: $301,302**

This study examines how hospital emergency departments might play an integral role in a continuum of care for seniors and prevent some of the adverse outcomes following the emergency visit, which is typically viewed as a short period of transition. A screening tool was developed to identify seniors aged 65 and over who were most likely to experience functional decline immediately after their emergency department visit. It was used at four Montréal hospitals and involved a panel of geriatricians and a team of academic consultants providing technical input and statistical and economic analysis. Of the high-risk patients identified, an average of two new or uncompensated problems were detected in categories such as physical problems, activities of daily living, behavioural problems, and social problems. Patients received follow-up one month and four months afterward. The process was found to be quick and easy to administer in the emergency department setting. The study found that the intervention significantly reduced the rate of functional decline, and researchers emphasize the pivotal role of the emergency department in the interface between the hospital and community services.

**(QC406) Towards a Continuum in Care and Services for Terminally Ill Adult Users**

**Recipient: CLSC Notre-Dame de Grâce / Montréal-Ouest**

**Contribution: $3,363,692**

This project's goal was to determine the optimum conditions for the integrated organization of palliative services between home and hospital for the terminally ill and their families. The project targeted users served by local community health centres, and evaluated the organizational model's ability to contribute to a better organization of services, some available 24 hours a day, 7 days a week, including on-call nursing, pharmaceutical services, home care services adapted to individual needs, and a dedicated phone line. Researchers found the program was able to reach a greater proportion of cancer patients (from 35% to 30% over the course of the project). For other diseases, the penetration rates were smaller but still showed some progress. Over 50% of the project's patients died at home, much higher than elsewhere in Quebec. Most patients were referred to services close to death. Challenges involved recruiting nursing personnel, dealing with a multitude of hospitals, and remaining flexible to meet the fluctuating needs of the clientele.

**(QC407) Delivery of Integrated Care for Persons with Severe and Persistent Mental Disorders in Their Home Environment**

**Recipient: Douglas Hospital Research Centre**

**Contribution: $174,311**

Since September 1997, the Douglas Hospital, a psychiatric hospital in Montréal, has had a team of workers using the ACT (assertive community treatment) model, developed in the United States to treat in their own milieu patients who are suffering from severe mental health problems and who are difficult to treat in conventional settings. This project added to the ACT model a dimension of combating substance abuse in this population. Integrating the services helped address the needs of people who would otherwise be excluded from drug and alcohol treatment because of their mental health problems and excluded from mental health programs because of their substance abuse. The researchers conclude that it is possible to transfer the ACT model from the United States to Canada, despite differences in their health systems. The evaluation of the project demonstrates a significant effect on quality of life for patients, although the project did not succeed in significantly reducing substance abuse. Overall, cost savings were approximately $4,000 per year per patient.

**(QC408) Integrated and Multisectoral Community Support for Persons with Severe and Persistent Mental Health Problems: Habitations nouveau départ**

**Recipient: Les habitations nouveau départ**

**Contribution: $900,000**

This project evaluated the effectiveness of a project called Habitations Nouveau Départ (HND), an initiative designed to assist people with mental health problems address their housing and social integration needs. Clients were assigned to receive services in three ways: through Habitations Nouveau Départ, through community outreach from the Pierre-Janet Hospital, or through a combination of the two. The groups were then compared to see whether the HND

program was more effective than the support offered through the hospital. Effectiveness was measured by the effects on the participants' mental health and by their use of other community services. The report concludes that support for adequate housing is an important part of the services offered to people with mental health problems.

**(QC409) Establishment of Regional Network of Clinics for Prevention of Heart Disease**

**Recipient: Complexe hospitalier de la Sagamie**

**Contribution: $638,000**

This pilot project was designed to create a network of rehabilitation and secondary prevention services for patients suffering from cardiovascular illnesses. Services were provided locally, in communities in six sectors located in the Saguenay–Lac-Saint-Jean health region. These services promoted healthy lifestyle choices as a means to risk management. The first eight months of the project were devoted to mobilizing the communities and developing an organizational and operational structure. All the institutions that were to house a clinic signed a formal agreement before the operational phase; this framework was essential to the management and success of the project. Patients were referred by their doctors at the hospital and received individual and group counselling about lifestyle issues. The evaluation of the preventive program found some effects on blood lipid levels and activity levels. No analysis was undertaken of possible cost savings to the health system; the evaluation concentrated on the planning and implementation process and described various facilitating factors and barriers that were encountered. The report recommends increasing ties with doctors to improve the rate at which patients are referred to the network.

**(QC410) Transformation of Community Organizations' Practices in Connection with the Reorganization of the Health and Social Services Network**

**Recipient: Université du Québec à Montréal**

**Contribution: $253,946**

A major reorganization of Quebec's health and social service network more than 10 years ago defined a new role for community organizations. This study relates to health in its wider sense (population health determinants, promotion, and prevention) by describing the current practices in community organizations in three sectors: families, youth, and women. Using case studies and a widely distributed questionnaire, the researchers looked at aspects such as programs, governance, partnerships, financing, and evaluation. They then examined the impact of changes in the health and social services system (regionalization, participative decision-making, a continuum of services, complementarity) on community organizations. They conclude that community organizations have an increasing role in Quebec society and that the changes they have undergone are at least partially due to the role they play in the newly reorganized services. The researchers recommend more stable funding to support this new role; they emphasize, as well, the need to maintain autonomy of action in recognition of the specific expertise and particular approach that characterizes community organizations.

**(QC422) Evaluation of Regional Ambulatory Care Programs and of the Laval Ambulatory Hospital Centre**

**Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval**

**Contribution: $519,789**

This project created an ambulatory hospital centre for short-term health services in the Laval Health Region with the goal of relieving pressure to create more hospital beds; planning started in late 1995. Thirteen health program planning committees were set up, and the centre (in essence, a day hospital and front-line triage unit), was opened in 1999. The goal was to evaluate accessibility and the use of services, the economic impact on the health system, clients' opinions of services, and distribution effects. The authors suggest that tensions regarding the administration and delivery of the services led to the dissolution of the model. They note that the major challenge proved to be the blurred boundaries between the primary, secondary, and tertiary care levels.

**(QC426) Oncology Network Demonstration Project**

**Recipient: Université Laval**

**Contribution: $1,565,522**

This demonstration project was designed to address problems that have been identified in the care of cancer patients, such as a lack of communication

among practitioners responsible for different aspects of care and a lack of standardization, both in the way health information is communicated and in the way it is analyzed. The *Dossier réseau informatisé en oncologie du Québec* (DRIOQ, or Quebec computerized oncology network of patient records) was designed to address these problems, but since the first patients were not recruited to the project until March 2001, data about its feasibility are not available. The report discusses the process undertaken in the project, principally the strategies of change management. The difficulties encountered were technical, interpersonal and interorganizational; the researchers note that in this kind of partnership, private businesses need to understand the complexity of the health care system and the public sector needs private-sector expertise. The Quebec Ministry of Health and Social Services has shown its support by funding the project until October 2001.

**(QC427) Autocontrol: Use of a Self-Control Method for an Effective Change of Practice Applied to the Rationalization of the Use of Diagnostic Tests**

**Recipient: Centre de recherche clinique du centre universitaire de santé de l'estrie (CUSE)**

**Contribution: $131,425**

Called "Autocontrol," this program's aim was to reduce the overuse of routine tests by physicians in a general surgery unit in a Sherbrooke hospital. Noting that the literature suggests that 10 to 30 per cent of routine laboratory tests are unnecessary, this project focused on five tests done most frequently on general surgery patients. It used the hospital database to perform a number of analyses on all the occurrences and outcomes of the tests for fiscal 1996-97. They found that some tests were irrelevant and did not alter management of the patient. As a result, automatic screens and lab "profiles" were discontinued in favour of more precise testing that related to the particular diagnostic group. Tests that were often linked together were uncoupled, and new protocols for testing were rewritten on the unit. The unlinking of potassium and sodium tests with full blood counts could save $90,000 for the individual hospital and, extrapolated, could save $900,000 for all of Quebec. This project showed how information available in the hospital database can be mined to improve practice patterns and cost-effectiveness.

**(QC428) Evaluation of Geriatric Psychiatry Outpatient Consultation for Elderly Depressed Patients: Perspectives of the Patient and Family, Referring Physician, and Consultant**

**Recipient: St. Mary's Hospital Centre**

**Contribution: $35,013**

This study, carried out in the geriatric clinic of a Montréal hospital, provides information concerning what happens when a primary care physician refers a patient for a consultation with a geriatric psychiatrist. The current emphasis in Quebec on community-based health care (*le virage ambulatoire*) calls for hospital resources to play a consulting role; however, the researchers' literature search found no effective model of this interaction for geriatric patients. The geriatric consultation process included the views of the patient and family, the referring physician, and the consulting psychiatrist. Although most patients and primary care physicians were satisfied, there was only moderate agreement among primary care physicians and consultants as to the type of consultation requested, the reason for consultation, and the responsibility for further treatment. The report highlights some of the problems encountered in the consultation process and suggests simple ways to improve communication and thus improve patient care.

**(QC430) Info-Santé CLSC: Pilot Project for Telephone Intervention in the Area of Mental Health**

**Recipient: Centre hospitalier Pierre-Janet, Hull, Québec**

**Contribution: $225,143**

This project resulted in the development of 28 protocols to assist nurses answering a telephone help-line (Info-santé) to respond to callers with mental health concerns. The protocols addressed a variety of problems for a diverse clientele. Nurses received two days of training, and both the training and the protocols were well received. However, although nurses were able to answer most health-related questions, they felt ill-equipped in regard to mental health because their training was found to be too general and did not cover the specific problems they encountered. The researchers note that two days of training is insufficient and that it should be followed by supervision over three months to allow nurses to integrate theory into their practice. Both the protocols

(in English and French) and the training are available to other CLSCs. The authors note that a telephone call to a nurse costs about one fifth of the cost of a visit to the emergency department.

**(QC431) Capitation Project in the Haut Saint-Laurent RCM**

**Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie**

**Contribution: $3,171,031**

This extensive project was designed to integrate primary services in a rural *Municipalité régionale de comté* (MRC, a regional county municipality) in the Haut-Saint-Laurent region of Quebec. The purpose was to provide efficient, quality primary health care that was accessible to all of the region's 25,000 residents. Responsibility for coordination on a territorial basis was given to a planning forum under medical leadership. Changes included doctors being remunerated for time spent on organizational and management activities, nurses being hired to work in medical centres, and services being restructured across the MRC to increase *complementarité* (lack of duplication) among the different institutions and organizations. In addition, a communication system for transmitting clinical information between practitioners and institutions was developed, and seven databases were integrated into one. The preliminary results indicate an improvement in continuity; a lack of duplication among institutions, enabling more patients to be cared for in their region; and less use of hospital resources. Researchers note that information in the data bank will contribute to the efficient allocation of resources, in part by allowing managers to track individuals' use of services. Stable funding is currently being sought to continue the project.

**(QC434) Putting in Place an Integrated System for Persons with Severe and Persistent Mental Problems**

**Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik, Kuujjuaq, Québec**

**Contribution: $488,238**

This pilot project tackled growing psychosocial problems and high suicide rates in Nunavik by housing, supporting, and employing people suffering from severe and chronic mental health problems who might otherwise be sent to Montréal. The project's integrated approach built on pre-implementation work: preparing communities, spelling out objectives and procedures, and clarifying accountability. During the nine months of the centre's operation, 12 clients were served and achieved greater independence. The majority managed to deal effectively with their addictions problems; only one client was hospitalized during the program. As a result of this project, there is now a new resource in Inukjuak, and the study concludes that the materials developed by the project might be useful in other isolated communities.

**(SK121) Palliative Care Services Review**

**Recipient: Moose Jaw–Thunder Creek Health District**

**Contribution: $8,870**

This study responded to a growing local need to integrate home care, acute care, and long-term care into a comprehensive palliative care program. During two months in 1999, researchers identified resource and service deficiencies by interviewing a sample of clients and service providers and surveying other staff and community stakeholders. They found there was a need for an interdisciplinary approach to develop any new policies and systems. They also identified a considerable communications gap and dissatisfaction with available information provided to the public, staff, and physicians.

**(SK330) Transition to an Integrated Primary Health Services Model**

**Recipient: University of Saskatchewan**

**Contribution: $318,726**

This study set out to learn how to shift health delivery services in core communities from a conventional "bio-medical" model to one that emphasizes integrated services, prevention, acute care, home care, and pharmacare. A "high participation" pilot research project was implemented in downtown Regina and Saskatoon, where rates of chronic disease are climbing, emergency department use is high, and clients are often unresponsive to medical advice. People living in the target communities developed and administered a health-related survey, and this "transformative action research" methodology inspired a high level of response to the questionnaire: 94 per cent in Saskatoon and 57 per cent in Regina

(where modifications by the health district made the project less community-driven). As well, clients identified gaps and overlaps in services provided by the formal system and by non-profit agencies in Saskatoon and established a monthly health forum to raise awareness about community concerns. The study already has had some practical impact: urban authorities quickly made physical improvements (e.g., installing better street lighting), but it was too early to determine a shift to health prevention.

**(SK401) An Evaluation of the Impact of Rural Health Service Restructuring and Integrated Service Delivery: A Public Opinion Survey**

**Recipient: Health Services Utilization and Research Commission**

**Contribution: $140,130**

The restructuring of Saskatchewan's health care system since 1991 resulted in the elimination of acute care in many small rural hospitals and the integration of services under regional health boards. This public opinion survey asked a large sample of residents in the affected areas about how funding cuts had affected their access to health services, their health status, and their community's viability. Despite the fact that health status had not apparently been affected, the study found widespread dissatisfaction with the health care system and lingering resentment about the changes. Higher levels of satisfaction were associated with strong community leadership, the replacement of hospital acute care with acceptable alternatives, local support for innovative solutions, and effective communication with partners both in and outside the community. The study concludes, nonetheless, that information, community involvement, and transparent communication are necessary but *not* sufficient conditions to create support for changes in systems that have deep roots in a community. The authors note that such discrepancies between perceptions and realities hinder the effectiveness of policy changes and leave the debate mired in rhetoric and fallacies. They recommend more effective communication and consultation processes, particularly regarding informing the public of the real effects of the changes. Study SK422 complements this study; the two initiatives resulted in a common report.

**(SK402) First Nations Health Liaison Workers**

**Recipient: Battlefords Health District**

**Contribution: $263,181**

Two First Nations health liaison workers were hired in this 18-month pilot project to assist 250 people on and off-reserve in accessing appropriate health services from 44 relevant community agencies. The workers were part of a multidisciplinary team in the Battlefords Family Health Centre, a newly created primary health services demonstration site designed to emphasize community-based services and illness prevention. The study found that the health liaison workers were not clearly linked with any particular health service provider and were uncertain about lines of authority and accountability. Clients, however, responded positively in accessing primary health services; they had fewer missed appointments and experienced better follow-through in health care programs. The liaison workers, as paraprofessionals who could speak Cree (the predominant language) and who knew the community, were seen as advocates. The workers also helped service providers better understand the multifaceted nature of clients' health needs, thus encouraging a more "holistic" approach to health.

**(SK422) An Evaluation of the Impact of Rural Health Service Restructuring and Integrated Service Delivery**

**Recipient: Health Services Utilization and Research Commission**

**Contribution: $140,130**

The restructuring of Saskatchewan's health care system since 1991 resulted in the elimination of acute care in many small rural hospitals and the integration of services under regional health boards. Using 19 focus group discussions in 10 rural communities, this project evaluated community-level responses to the impact of the funding cuts. The project found that many rural communities struggled with changes to health care delivery and that they were largely concerned with how the process was handled, citing the lack of a long-range plan, a lack of guidance, and a lack of respect. Some communities appeared to have adapted to the changes, this was attributed to strong local leadership, effective communication, and information-sharing within the community and with outside agencies, as well as with the provision of

alternative services soon after the loss of acute care services. Study SK401 complements this study; the two initiatives resulted in a common report.

**(SK424) Evaluation of a System-Wide Admission and Discharge Department**

**Recipient: Regina Health District**

**Contribution: $208,000**

This study undertook to evaluate a System-Wide Admission and Discharge Department (SWADD) that had been formed in September 1997 to integrate and improve the procedures of the Regina Health District (RHD). Even though SWADD was still evolving and was not fully implemented at the time of evaluation, the researchers found improvements in the areas of service quality, access, and integration and noted the specific measures that were successful. They report that, although the guiding philosophy behind SWADD seems to have support, barriers remain to its full implementation. Moreover, the areas of health outcomes and cost-effectiveness did not show significant changes. The researchers point to certain factors that must be in place for SWADD to achieve its full potential, including leadership to establish a favourable organizational culture; a clear definition of goals, structures, components, and processes; improved communication and collaboration among service providers; realistic workloads for case managers; sufficient resources in the community; and public education about the appropriate use of various types of health care, an issue that is related to the importance of public perception in the acceptance of changes in health service delivery. The evaluation can assist the Regina Health District in making refinements in SWADD and guide other organizations wishing to implement a similar program.

Santé Canada Health Canada

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

# Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

**SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE**

**La prestation de services intégrés**

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

*Santé Canada*

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366

Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-4
ISBN 0-662-66307-1

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

# Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

## La prestation de services intégrés

**Peggy Leatt, Ph.D.**
Liberty Health Chair in Health Management Strategies
Department of Health Policy, Management and Evaluation
University of Toronto

Ce rapport s'inscrit dans une série de dix rapports faisant la synthèse des résultats de projets du FASS dans les domaines suivants : les soins à domicile, les questions pharmaceutiques, les soins primaires, la prestation de services intégrés, la santé des Autochtones, la santé rurale/télésanté, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des personnes âgées. Le dixième document est une analyse générale. Tout ces documents sont disponibles sur le site Web du FASS (**www.hc-sc.gc.ca/htf-fass**), qui présente également de l'information sur chacun des projets du FASS.

# Condensé

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), issu d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a été créé à même le budget fédéral de 1997 pour encourager et appuyer le processus décisionnel fondé sur les faits dans le cadre de la réforme des soins de santé. Entre 1997 et 2001, le FASS a financé environ 140 projets-pilotes et études d'évaluation dans l'ensemble du Canada. Afin de communiquer aux décideurs les constatations faites par les chercheurs dans le cadre des projets, des experts ont synthétisé les principaux résultats relatifs aux processus et aux situations dans neuf domaines bien distincts : les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires ou soins de santé primaires, la prestation des services intégrés, la santé des enfants, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées, la santé dans les régions rurales et la télésanté, et la santé mentale. Le présent document résume les principales leçons tirées de la prestation des services intégrés. Il a été préparé par M^me^ Peggy Leatt, Liberty Health Chair in Health Management Strategies, Department of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto.

## Promesse de la prestation de services intégrés

On parle de « prestation de services intégrés » pour désigner les services de santé qui sont coordonnés autour des besoins en matière de santé des patients et des collectivités, mais cette expression recouvre bien plus. La prestation de services intégrés est actuellement un des domaines de la santé qui font l'objet du plus grand nombre d'études au Canada. Toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario, se sont dotées d'une autorité sanitaire régionale quelconque, et toutes étudient le fonctionnement des systèmes de santé intégrés aux États-Unis et ailleurs. Devant l'augmentation des dépenses et le mécontentement croissant de la population, les organismes de santé souhaitent la mise en place d'un système intégré sans fragmentation, chevauchement ou lacunes dans les services. La prestation de services intégrés recèle une promesse fondamentale, celle de la création d'un système rentable et moderne, caractérisé par des relations de travail plus étroites entre les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les soins de santé primaires, les soins à domicile, la santé publique, les bureaux d'aide sociale, les écoles, la police et d'autres encore dont les services influent sur les déterminants de la santé.

## Études du FASS relatives à la prestation de services intégrés

La présente analyse regroupe 41 études du FASS qui ont toutes pour objet de trouver des moyens de parvenir à une prestation de services plus intégrés. Quelques études optent directement pour une réorganisation des services; d'autres choisissent une approche indirecte, comme l'amélioration de l'accès à l'information pour les fournisseurs et autres intervenants dans différents secteurs géographiques.

Aux fins de la présente synthèse, les études sont regroupées en trois catégories : celles qui portent sur l'intégration clinique au niveau des soins aux patients; celles qui insistent sur l'importance de la gestion de l'information et de l'utilisation de la technologie; un groupe de projets qui décrivent l'intégration verticale des services dans une collectivité.

## Conclusions concernant l'intégration clinique

Les projets d'intégration clinique facilitaient la prestation des services intégrés en utilisant des outils et des processus uniformisés (par ex.: protocoles, séquences cliniques et programmes types). Ces approches ont permis d'assurer la continuité des soins lorsque des patients étaient transférés d'un service à un autre.

L'existence de structures coopératives telles que des équipes et des comités multidisciplinaires a facilité l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles uniformes. Les projets ont démontré que l'utilisation et la validation de ces nouveaux processus exigeaient des stratégies de communication et d'information

particulières. Les réticences au changement ont posé des problèmes dans certains projets, et les difficultés se sont trouvées exacerbées lorsque, par exemple, de nouveaux rôles étaient ambigus ou quand les dispensateurs de soins se disputaient patients ou ressources.

## Conclusions concernant la gestion de l'information et l'utilisation de la technologie

Les projets qui portaient essentiellement sur la gestion de l'information et l'utilisation de la technologie démontraient clairement qu'il est essentiel de coordonner l'information pour assurer une prestation de services intégrés. Cependant, ces études ont également montré que différents intervenants B les patients, le public, les dispensateurs de soins de santé, les gestionnaires, les dirigeants et les gouvernements B ont besoin de différents types de renseignements et qu'il est très difficile de concevoir des systèmes d'information correspondants.

Les études ont bien démontré qu'il est plus facile de coordonner l'information lorsqu'il existe un dossier médical électronique unique et un seul point d'entrée dans le système pour les patients. Cependant, il est évident qu'il reste beaucoup à faire dans ce domaine, si l'on veut que les décideurs reçoivent les données factuelles dont ils ont tellement besoin.

## Conclusions concernant l'intégration verticale

Les projets de cette catégorie ont suivi différentes approches de l'intégration verticale des services au niveau communautaire et souvent, avec succès. Des coentreprises ont aidé à assurer les soins de patients passant d'une organisation à une autre, par exemple, de patients transférés d'hôpitaux à leur foyer, où ils allaient bénéficier de soins à domicile ou communautaires.

Les résultats préliminaires d'ententes passées entre divers établissements, qui ont permis de réunir différents services, indiquent des incidences positives sur l'intégration des services et les résultats sur le plan de la santé. Plusieurs projets ont réussi à relier entre eux les services de santé et d'autres types de services sociaux, comme les services de l'emploi et du logement, les services éducatifs et les services juridiques.

## Conclusions générales et recommandations

Les conclusions générales des 41 études donnent à penser qu'il est possible de réaliser des économies et de gagner en efficacité en intégrant les services, ce qui amène à faire deux recommandations générales :

- Il devient urgent d'informer davantage les Canadiens sur leur propre santé, sur les soins de santé et sur le régime de soins de santé.
- Les gouvernements et les professions de la santé devraient élaborer et mettre en œuvre plus rapidement des programmes de prestation de services intégrés.

# Préface

Au Canada, depuis quelques années, on examine attentivement le système de santé afin d'en améliorer la qualité et la rentabilité. Les restrictions budgétaires et l'évolution démographique poussent à étudier de près des moyens devant permettre de rendre ce système plus efficace, tout en garantissant des services de grande qualité à la fois abordables et accessibles. Dans ce contexte, il était nécessaire de réunir plus de données issues de l'étude d'approches et de modèles de soins de santé concluants ou non. En réponse à cette demande de données et pour donner suite à la recommandation du Forum national sur la santé, la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a été annoncée dans le budget fédéral de 1997 afin d'encourager et de soutenir des décisions reposant sur les faits dans la réforme des soins de santé.

Le FASS, fruit d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a financé 141 projets-pilotes et études d'évaluation réalisés dans l'ensemble du Canada entre 1997 et 2001, pour un coût total de 150 millions de dollars. De cette somme, 120 millions ont servi à financer des projets provinciaux et territoriaux et le reste, soit 30 millions, a été affecté aux initiatives nationales. Le Fonds a ciblé des initiatives dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation des services intégrés. Chemin faisant, d'autres sujets importants sont apparus en plus des quatre thèmes originaux, notamment : la santé des Autochtones, la santé et la télésanté en milieu rural, la santé des personnes âgées, la santé mentale et la santé des enfants.

Les projets du FASS sont terminés au printemps 2001. Afin de communiquer aux décideurs les données recueillies pendant leur réalisation, on a demandé à des experts de synthétiser les enseignements clés tirés du processus et des résultats pour chacun des thèmes retenus. Le présent document résume donc les principales leçons tirées des projets qui portaient sur la prestation des services intégrés. Il a été préparé par Peggy Leatt, Ph.D.

## Nature unique des projets du FASS

Le FASS était tout à fait différent des organisations canadiennes qui financent les recherches en santé, telles les instituts de recherche en santé du Canada et celle d'avant, le Conseil de recherches médicales du Canada.

- Le FASS était un fonds à durée déterminée. Autrement dit, les projets devaient être conçus, financés, mis en œuvre et évalués en l'espace de quatre ans, ce qui est très court lorsque l'on parle de réforme.
- Le FASS était déterminé par les exigences politiques. Les décideurs qui participaient au processus de sélection, voulaient se concentrer sur certaines questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats apportent des faits ou aident à définir l'orientation future des politiques et des programmes.

Afin d'encourager les projets à traiter certaines questions et à produire des résultats utiles aux décideurs, le FASS a défini un cadre d'évaluation comportant six éléments (accès, qualité, intégration, résultats sur le plan de la santé, rentabilité et transfert). Chaque projet devait formuler un plan d'évaluation visant autant de ces éléments que nécessaire. De plus, tous les projets du FASS devaient comporter un plan de diffusion des données (qui serait financé) afin de s'assurer que les résultats seraient effectivement communiqués à ceux qui pouvaient en faire le meilleur usage. En plus de ces plans de diffusion individuels, le Secrétariat du FASS applique une stratégie de diffusion nationale dont ces documents de synthèse sont une des composantes. Cet accent mis sur l'évaluation (enseignements tirés systématiquement de l'expérience acquise dans le cadre des projets-pilotes) et la diffusion (partage actif des résultats) était unique à cette échelle.

La plupart des projets nationaux ont été choisis par un comité intergouvernemental à la suite d'un appel de propositions public. Quant aux initiatives provinciales et territoriales, elles ont été soumises par les provinces et les territoires pour une approbation bilatérale avec le gouvernement fédéral. Pour les deux types de projets, des dossiers ont été présentés non seulement par des universitaires ou des chercheurs

travaillant en milieu hospitalier, mais aussi par des groupes non traditionnels, comme quelques organisations autochtones, des groupes communautaires et des régions sanitaires isolées. Des groupes qui avaient rarement, voire jamais, pensé recherche, données, évaluation et diffusion ont commencé à le faire, ce qui était de bon augure pour une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre les gouvernements, les organisations prestataires et les chercheurs. La participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le processus de sélection a permis de s'assurer que les projets portaient sur des questions qui préoccupaient particulièrement chaque province ou territoire. De même, les thèmes traités étaient très variés et, dans l'ensemble, les projets n'en ont pas fait un examen définitif, ce qui n'était d'ailleurs jamais prévu.

Ce ciblage unique et ce processus de sélection particulier confèrent certaines caractéristiques à l'ensemble des projets du FASS. Ceux qui ont été financés représentent de bonnes idées qui ont été avancées, mais ils ne brossent pas un tableau complet de tous les problèmes et de toutes les solutions possibles dans chacun des thèmes traités. À cause des délais relativement courts, il n'a pas été possible de mener à bien beaucoup de projets louables, et les résultats sont préliminaires ou incomplets. Il faudra sans doute plusieurs années avant que l'on sache vraiment si certains projets ont fait une différence, et leur poursuite comme leur évaluation incombent à d'autres. Les leçons que l'on peut tirer des nombreux projets du FASS au sujet de la gestion du changement, en examinant les batailles et les défis qu'ils ont rencontrés dans la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles approches par rapport à des questions déjà anciennes relatives aux soins de santé, sont peut-être ce qu'il y a de plus précieux dans tout le processus.

# Remerciements

L'auteur souhaite remercier Hollander Analytical Services Ltd. de l'aide qu'ils lui ont apportée dans la préparation du présent document. La série de synthèses du FASS a été demandée par Santé Canada et gérée par Hollander Analytical Services Ltd. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

# Tables des matières

Condensé ..... i
Promesse de la prestation de services intégrés ..... i
Études du FASS relatives à la prestation de services intégrés ..... i
Conclusions concernant l'intégration clinique ..... i
Conclusions concernant la gestion de l'information et l'utilisation de la technologie ..... ii
Conclusions concernant l'intégration verticale ..... ii
Conclusions générales et recommandations ..... ii

Préface ..... iii
Nature unique des projets du FASS ..... iii

Remerciements ..... iv

Tables des matières ..... v

1. Contexte ..... 1
1.1 La vision de la prestation de services intégrés ..... 1
1.2 Initiatives en cours ..... 2
1.2.1 Autorités sanitaires régionales ..... 2
1.2.2 Systèmes de santé intégrés ..... 3
1.3 Questions en suspens ..... 4

2. Aperçu des études du FASS ..... 5
2.1 Méthodologie ..... 5
2.2 Portée géographique ..... 5

3. Analyse de conclusions importantes/pertinentes ..... 5
3.1 Intégration clinique ..... 6
3.1.1 Méthodes et procédures uniformisées ..... 6
3.1.2 Structures et politiques coopératives ..... 8
3.1.3 Communication et éducation ..... 9
3.2 Gestion de l'information et technologie ..... 10
3.2.1 Patients et grand public ..... 10
3.2.2 Fournisseurs de soins de santé ..... 11
3.2.3 Gestionnaires et chefs de clinique ..... 12
3.2.4 Gouvernements et autres payeurs ..... 13
3.3 Intégration verticale dans les collectivités ..... 13
3.3.1 Coentreprises ..... 14
3.3.2 Arrangements multi-institutionnels ..... 15
3.3.3 Liens avec les déterminants de la santé ..... 17

4. Conséquences pour la politique et la pratique .....18
4.1 Meilleure utilisation des ressources humaines .....18
4.2 Rationalisation et succès des processus .....18
4.3 Coordination de l'information .....19
4.4 Modèles d'intégration .....19
5. Recommandations .....20
Ouvrages de référence .....22
Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la prestation des services intégrés

# 1. Contexte

Les gouvernements et les patients canadiens sont confrontés à ce qui semble être des problèmes systémiques généralisés dans la prestation des services de santé.

Les dépenses de santé ont tellement augmenté que les services de santé représentent 40 p. 100 des dépenses de certains gouvernements provinciaux. Cependant, le système ne rend guère compte des coûts liés aux soins de santé et de l'utilisation de ces derniers par les fournisseurs ou les consommateurs. Les coûts continuent d'augmenter tandis que les provinces s'efforcent de trouver et de retenir des professionnels de la santé indispensables. Les moyens de pression utilisés en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse montrent que les travailleurs de la santé sont mécontents et que, déjà, ils ne sont déjà pas assez nombreux. On parle également de pénurie prochaine de certaines catégories de médecins et d'autres professionnels de la santé.

La fragmentation des services ne facilite pas les choses, et il existe sans doute des excédents et des chevauchements de services à cause d'un manque de communication et de coordination entre les dispensateurs de soins. Différentes parties du système se disputent les ressources et on ne les incite guère à une collaboration interdisciplinaire. On dépend encore trop des soins hospitaliers classiques et le passage à des services ambulatoires plus appropriés demeure trop lent.

Entre-temps, le public perd confiance dans le système. Les médias regorgent d'articles sur de longues listes d'attente, sur la lenteur excessive du service dans les salles d'urgence des hôpitaux et sur des dossiers médicaux et des tests de diagnostic excessifs. D'aucuns redoutent que des personnes soient victimes des lacunes du système car, la population vieillissant, les services n'existeront pas quand ils en auront besoin.

Parallèlement, les consommateurs connaissent de plus en plus leurs droits à l'information en ce qui concerne leur propre santé et l'existence de services de santé. Le public devient plus tenace dans ses demandes d'accès à l'information avant de prendre des décisions et de choisir effectivement des fournisseurs de services. Influencés par l'information venue des États-Unis et d'ailleurs, les Canadiens sont de plus en plus conscients qu'il existe une réelle possibilité d'erreurs médicales ou, pour être plus précis, d'erreurs du système de santé.

## 1.1 La vision de la prestation de services intégrés

Au Canada, le secteur des soins de santé considère la prestation de services intégrés comme un moyen de s'attaquer sur plusieurs fronts à ces problèmes de services de santé.

« Prestation de services intégrés » est synonyme de services de santé coordonnés autour des besoins des patients ou de groupes de population particuliers. L'expression désigne aujourd'hui tout un ensemble de stratégies axées sur la coordination des services au niveau des soins.

Au Canada, des services de santé intégrés sont mis en place dans un cadre général avec des éléments que Stephen Shortell, Robin Gillies et David Anderson qualifient fort justement d'« indicateurs d'intégration » dans *The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems* (1994). Il s'agit des éléments suivants :

- élaboration de protocoles cliniques, de modèles et de systèmes de gestion des cas;
- création de liens entre les services cliniques de différents établissements pour des programmes de soins cardiovasculaires, de soins oncologiques, de médecine comportementale et de santé des femmes;
- accélération des applications cliniques d'améliorations qualitatives continues et expansion de tout le continuum de soins;
- définition et validation de méthodes d'évaluation des résultats et de la performance utilisant notamment des cartes de pointage pondérées;
- réduction de la capacité d'hospitalisation dans les centres de soins actifs;

- regroupement de programmes et services communautaires;
- augmentation du nombre des dispensateurs de soins primaires; et
- développement accru de la médecine de groupe pour les soins primaires et spécialisés.

Cette liste donne une idée des grands espoirs que présente la prestation de services intégrés. Les dispensateurs de soins de santé et les gouvernements provinciaux souhaitent voir des collectivités en meilleure santé et des patients plus satisfaits, servis par un système de santé homogène sans fragmentation, chevauchements ou lacunes dans les services. Dans le système qu'ils envisagent, les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les soins de santé primaires, les soins à domicile, la santé publique, les bureaux d'aide sociale, les écoles, la police et d'autres dont les services influent sur les déterminants de la santé travailleraient en plus étroite collaboration.

## 1.2 Initiatives en cours

Le Canada a toujours réglé les grands problèmes des services de santé en procédant à des réorganisations ou à des restructurations à l'échelle provinciale. En cas de doute, restructurez! Il n'est donc pas surprenant que ce soit la principale approche adoptée par le secteur de la santé pour essayer de parvenir à une prestation de services plus rentable et à une intégration des services.

Les idées en ce qui concerne l'intégration des services suivent deux modèles distincts : celui des autorités sanitaires régionales (ASR), qui décentralisent les décisions à l'échelon local, et les systèmes de santé intégrés (SSI), qui reposent sur des régimes organisés mis au point aux États-Unis et ailleurs.

### 1.2.1 Autorités sanitaires régionales

À commencer par le Québec en 1989, toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario, se sont efforcées de mettre en place des autorités sanitaires régionales d'un type ou d'un autre. Dans le présent modèle, des personnes sont nommées ou élues à l'ASR pour la collectivité locale, et elles sont responsables de la santé et des services de santé d'une certaine population ou d'une certaine région géographique.

Dans la plupart des provinces, les ASR sont responsables de l'affectation des ressources et de la gestion des hôpitaux, des centres de santé communautaires, des programmes de soins à domicile, de la santé publique, des services ambulanciers et de différents types d'établissements de soins de longue durée. Il arrive également qu'elles soient chargées d'engager les médecins, les infirmières, les techniciens de laboratoire et autres professionnels de la santé nécessaires à la prestation des services. Dans la plupart des cas, le gouvernement provincial demeure responsable des services de santé mentale et de cancérologie, entre autres, et la plupart des ASR ne sont pas habilitées à décider de dépenses relatives aux services de médecins ou aux médicaments.

La création des ASR se justifie par ces deux raisons : accroître la responsabilité locale en ce qui concerne la prestation de services de santé et leur coût et faire participer localement les citoyens aux décisions en matière de santé qui concernent leur collectivité. Les ASR sont censées faciliter la prestation des services intégrés parce qu'un seul organisme directeur local est responsable de la plupart des services de santé dans la région. Elles sont également censées faciliter la réaffectation des ressources qui accompagne le transfert de services d'un centre hospitalier à des services communautaires, conformément aux besoins de la population en matière de santé.

La grande question est de savoir si les ASR atteignent leurs objectifs. Comme la plupart des provinces continuent de les modifier, il est difficile de le dire. De plus, peu d'évaluations ont été entreprises à ce jour.

D'après Jonathan Lomas, John Woods et Gerry Veenstra (1997), il ressort d'une enquête nationale auprès des membres des conseils d'administration des ASR que celles du secteur institutionnel avaient réussi à regrouper quelques programmes hospitaliers dans un plus petit nombre d'établissements. Cependant Lomas et coll. concluent également que le manque de pouvoir des ASR sur une part importante des budgets de la santé, comme le financement des services de

médecins et des médicaments, nuit aux tentatives d'intégration de programmes hospitaliers dans le secteur communautaire.

### 1.2.2 Systèmes de santé intégrés

Les systèmes de santé intégrés ont évolué aux États-Unis, où ils sont un dérivé des régimes de soins gérés. Au Canada, toutes les provinces en ont abondamment parlé, mais aucune n'a encore mis en œuvre une version complète du modèle des SSI.

Les SSI sont conçus comme des réseaux d'organisations généralement placés sous une régie commune, qui fournissent ou prennent des dispositions pour fournir un continuum coordonné de services à une population donnée. Ils sont responsables sur les plans cliniques et financiers de l'état de santé de la population et des résultats des services de santé. Ils fournissent aux participants, contre règlement d'honoraires fixes par personne, une gamme complète de services allant de la promotion de la santé aux services de soins de longue durée, en passant par les soins de santé primaires, les diagnostics, les traitements et la rééducation.

Pour ce qui est de la prestation de services intégrés, les SSI doivent changer de paradigme et ne plus tant mettre l'accent sur les « fournisseurs » que sur le service à la « clientèle » (consommateur). Le modèle des SSI a, semble-t-il, pour avantage de permettre aux consommateurs d'accéder en temps plus opportun aux services, d'offrir un « guichet unique », de présenter moins de chevauchements de services, d'éliminer les lacunes et fragmentations dans les soins, et d'offrir une meilleure coordination et un meilleur transfert entre les services primaires et secondaires. Idéalement, les consommateurs disposent de renseignements factuels sur les différents traitements à leur disposition. Ils peuvent donc s'informer sur l'endroit où ils seront le mieux soignés et sur les meilleurs professionnels de la santé pour ce qui est des services dont ils ont besoin.

Là encore, il existe très peu d'évaluations empiriques, encore que plusieurs études de cas sur les SSI aient été réalisées. *Remaking Health Care in America* (1996, répétée en 2000), qui porte sur 10 systèmes intégrés aux États-Unis, est une des études les plus influentes. Les auteurs, Shortell, Gillies, Anderson, Erikson, et Mitchell, y concluaient principalement que la plupart des systèmes avaient progressé dans le rapprochement des services hospitaliers moyennant une intégration horizontale. Certains systèmes sont parvenus à intégrer des médecins dans les organisations et à les inciter à collaborer par des mesures économiques. L'intégration clinique, élément essentiel de la prestation de services intégrés, est le domaine où les résultats sont les moins bons.

En 2000, Peggy Leatt, George Pink et Michael Guerriere ont examiné les données relatives aux SSI recueillies dans un document clé pour Healthcare Papers intitulé *Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare*. Leatt et coll. concluent en proposant six stratégies pour faire avancer la prestation des services intégrés. Ils recommandent de mettre l'accent dans la politique sur le consommateur individuel et sur ses besoins, de commencer par faire des soins de santé primaires un service clé, de définir des modèles de financement fondés sur les besoins de la population, de faire en sorte que les fournisseurs se communiquent des renseignements et de promouvoir la technologie; de créer des réseaux de coordination virtuels au niveau local, et de mettre en place des mécanismes pour surveiller et évaluer la prestation de services.

L'Ontario a aussi examiné sérieusement les SSI dans le cadre de son initiative de réforme de la santé. En 1996, cette province a nommé la Commission de restructuration des services de santé (CRSS), à qui elle a donné quatre ans pour moderniser les services hospitaliers et concevoir des stratégies pour la création de SSI. La Commission a réussi à regrouper les services hospitaliers par le biais de fusions et elle a remis un rapport intitulé *Regard sur le passé, regard sur l'avenir : Rapport de travail* (2000), qui offre un plan directeur pour la gestion de l'information en matière de santé, les soins de santé primaires, la gestion du rendement et l'intégration verticale dans les collectivités. L'incidence des travaux de la Commission en Ontario ne se fait pas encore pleinement ressentir.

Malgré ces indicateurs positifs, le modèle des SSI est controversé au Canada. L'idée de systèmes concurrentiels axés sur le marché ne plaît pas à certains Canadiens, et les professions de la santé ainsi que d'autres

organismes fournisseurs n'appuient plus autant certains principes clés des SSI. Les analyses effectuées en Ontario sur les SSI mettent de plus en plus l'accent sur des SSI « virtuels », comme le précise Jeff Goldsmith dans *The Illusive Logic of Integration* (1994). Il y explique qu'il est difficile de mettre en place pour les SSI une structure de régie unique et que la solution réside dans une intégration virtuelle. Il estime également que l'intégration ne nécessite probablement pas de régie ou de propriété commune, et qu'elle peut être réalisée par le biais de diverses alliances stratégiques telles que des coentreprises, des contrats, des réseaux et d'autres arrangements multi-institutionnels.

## 1.3 Questions en suspens

D'un point de vue pratique, peu d'éléments renforcent l'idée que la prestation de services intégrés entraîne de meilleurs résultats sur le plan de la santé et une plus grande satisfaction des patients. Le problème tient en partie au manque de clarté et d'interprétation cohérente de ce que renferme la notion de prestation de services intégrés. L'expression semble avoir évolué sans base théorique ou recherche précise. Si l'on interrogeait des patients sur l'intégration des services de santé, ils répondraient probablement, d'un air surpris : « Vous voulez dire que les soins que je reçois aujourd'hui ne sont pas coordonnés, que le spécialiste n'a pas signalé à mon médecin de famille que j'ai subi une grave opération au cœur le mois dernier, et que je ne peux pas prendre rendez-vous pour mes analyses de sang, mes radios et mes autres examens en passant un seul coup de fil à l'hôpital? »

Lors d'une conférence intitulée Healthcare Papers organisée en juin 2001, Michael Guerriere a résumé ce que les patients attendent d'un système de santé et ce que beaucoup pensent que la prestation de services intégrés peut apporter :

- aucune répétition de questions ou d'examens;
- des fournisseurs qui sont au courant de ce que d'autres fournisseurs ont fait;
- aucune attente à un palier de soins pour que des ressources se libèrent à un autre;
- accès 24 heures sur 24 à des soins de santé primaires complets;
- accès à des renseignements comparatifs sur la qualité des fournisseurs et sur leurs résultats;
- rendez-vous multiples pris en s'adressant à un seul endroit; et
- soins proactifs durant lesquels on communique avec les patients au sujet des interventions nécessaires, on les informe de l'évolution des maladies et on leur donne l'aide à domicile voulue pour qu'ils puissent rester le plus autonome possible.

Cependant, il n'est pas facile d'arriver à ce résultat. Dans leur étude intitulée *Have Integrated Health Networks Failed?* (2001), Leonard Friedman et Jim Goes se demandent si les réseaux de santé intégrés ont échoué dans leur mission et attirent l'attention sur des questions que connaissent trop bien les Canadiens :

- l'accent est trop mis sur les fournisseurs au lieu des patients;
- les partenaires/fournisseurs ne veulent pas renoncer à leur autonomie;
- les cultures professionnelles et les mesures d'incitation ne correspondent pas aux besoins en matière d'intégration;
- les intervenants ne se font pas assez confiance mutuellement;
- absence d'engagement et de leadership;
- mauvaise communication; et
- les résultats sur le plan de la santé sont difficiles à définir et à évaluer.

Friedman et Goes estiment que, pour que l'intégration fonctionne, les chefs de file et les décideurs en matière de santé doivent reconnaître l'intensité du changement aujourd'hui et admettre qu'il leur incombe de créer une culture du changement positive.

# 2. Aperçu des études du FASS

Quelque 41 études ont été incluses dans la présente analyse. Toutes les études visent à parvenir à une prestation de services plus intégrés soit par une réorganisation directe des services, soit par des moyens plus indirects, comme un meilleur accès à l'information pour les fournisseurs et d'autres intervenants dans différents secteurs géographiques.

## 2.1 Méthodologie

En ce qui concerne la méthodologie, les projets sont assez divers et pas faciles à classer en catégories. Au lieu d'essayer directement la mise en œuvre, la plupart des études décrivent des services qui pourraient être intégrés et expliquent en détail les processus pertinents pour l'application de la nouvelle approche. La plupart des études utilisent plusieurs méthodologies, y compris l'analyse de données secondaires (le cas échéant), des enquêtes, des entrevues et des groupes de réflexion. Les responsables de cinq projets ont décidé d'évaluer formellement de nouveaux programmes et utilisé des consultants extérieurs, par souci d'objectivité. Bon nombre d'études sont, en fait, des études de cas uniques qui présentent surtout un intérêt pour la collectivité locale et, peut-être, pour des collectivités semblables dans la même province.

Les chercheurs ont employé des méthodes novatrices pour répondre aux questions clés suivantes. Est-on parvenu à intégrer les services de santé? Quels sont les facteurs qui ont favorisé l'intégration? Quels effets ont eu les stratégies d'intégration sur les opinions et attitudes des fournisseurs de soins de santé? Quels ont été les résultats sur le plan de la santé individuelle et communautaire? Les patients, leurs familles et leurs amis sont-ils satisfaits des services? Ce programme devrait-il être élargi à d'autres collectivités? Et ainsi de suite.

## 2.2 Portée géographique

Le lieu où sont réalisés les projets peut être important, car des éléments juridiques, sociaux, économiques, politiques et autres peuvent renforcer ou limiter la prestation de services intégrés.

Cinq projets avaient une portée ou des conséquences nationales. L'Association canadienne pour la santé mentale participait à une étude, tandis qu'une autre portait sur les télé-soins de santé à domicile en Alberta, à Terre-Neuve et en Ontario. Une étude de listes d'attente concernait les provinces de l'Ouest, mais les résultats pouvaient s'appliquer au-delà de cette région. Sur les deux projets nationaux restants, un concernait la mise en commun de données nationales et provinciales sur la santé et l'autre, qui était une étude de la prestation de soins de santé dans les régions inuites, avait des conséquences pour d'autres petites collectivités difficiles à atteindre.

Dans une certaine mesure, la répartition géographique des projets provinciaux reflète le style particulier de chaque province, la création des ASR et d'autres réformes de santé visant à faciliter la prestation des services intégrés. Dix neuf projets se déroulaient au Québec, cinq en Saskatchewan, cinq en Colombie-Britannique, trois en Ontario, deux dans l'Île-du-Prince-Édouard, un au Nouveau-Brunswick et un en Nouvelle-Écosse. C'est au Québec que les ASR existent depuis le plus longtemps, la Saskatchewan se classant deuxième sur ce plan.

# 3. Analyse de conclusions importantes/pertinentes

L'expression « prestation de services intégrés » semble défier toute définition précise, mais tous ces projets contenaient des définitions opérationnelles qui couvraient leur domaine d'intérêt particulier. Ainsi, trois noyaux interdépendants se dégagent des 41 études : intégration clinique, gestion et technologie de l'information et intégration verticale dans les collectivités locales. Bien des projets apportent de précieux renseignements à plus d'un noyaux, mais ces regroupements reflètent et mettent en évidence l'ampleur et la diversité des études. Plusieurs projets apparaissent dans plus d'un noyau parce que leurs conclusions ont de multiples applications.

## 3.1 Intégration clinique

Dans ce noyau, 14 études illustrent les défis inhérents à l'intégration clinique du continuum de soins pour des personnes souffrant de maladies ou de problèmes de santé similaires.

L'intégration clinique a beaucoup en commun avec la « gestion des soins thérapeutiques » parce que les deux approches mettent l'accent sur la coordination de services pour des groupes de patients présentant des maladies ou problèmes similaires. Ce type d'approche peut être bénéfique pour des personnes atteintes de maladies chroniques qui ont besoin d'un contact constant avec des services de santé pour une surveillance et un traitement. L'intégration clinique peut être renforcée en utilisant des protocoles cliniques, des modèles, des lignes directrices, des plans d'intervention, des méthodes de gestion des cas, des évaluations des résultats élaborés par des cliniciens autour de traitements standards, et des méthodes de soins fondées sur des données cliniques. On peut saisir des occasions d'améliorer continuellement les processus dans les programmes de soins hospitaliers ambulatoires et en hospitalisation. La recherche sur les services de santé montre clairement qu'on peut obtenir de meilleurs résultats en uniformisant les procédures.

L'intégration clinique exige trois activités fondamentales et interdépendantes. Tout d'abord, il faut élaborer des méthodes et des procédures uniformisées telles que des protocoles, des modèles cliniques, des méthodes d'évaluation et des programmes-pilotes. Ensuite, il faut mettre en place des structures et des politiques propices à la coopération pour s'assurer que les protocoles et les lignes directrices uniformisés soient acceptés comme étant valides par les spécialistes des soins de santé et par le grand public. Enfin, il faut fournir à tous les intervenants des stratégies de communication relatives aux nouvelles approches et des programmes d'information..

### 3.1.1 Méthodes et procédures uniformisées

Bon nombre d'études reconnaissent les avantages des protocoles cliniques, des lignes directrices et de programmes-pilotes bien définis pour ce qui est d'accentuer l'uniformisation des méthodes d'évaluation et des traitements et interventions. Ainsi, un protocole uniformisé a été défini pour quatre hôpitaux montréalais dans un projet intitulé « Personnes âgées obtenant leur congé du service des urgences d'un hôpital et risquant de subir des conséquences indésirables » (QC405). L'outil de dépistage a été utilisé pour repérer les personnes âgées qui risquaient de fonctionner beaucoup moins bien dans les quatre mois suivant leur consultation à l'urgence. Les domaines de déclin fonctionnel inscrits dans le protocole étaient les suivants : douleurs accrues, progression de l'arthrite, difficultés dans les activités de la vie quotidienne, problèmes de comportement (p. ex. : angoisse ou dépression) et problèmes sociaux. Les résultats montrent qu'en utilisant le protocole, il était possible de prévoir les facteurs de risque des personnes âgées et de les communiquer aux médecins de famille, qui pouvaient ensuite coordonner des soins communautaires.

Des protocoles de soins infirmiers ont été utilisés par téléphone, par l'entremise d'un projet intitulé « Info-Santé CLSC : Projet -pilote d'intervention téléphonique en santé mentale » (QC430). Les personnes présentant des problèmes de santé mentale constituent un défi particulier pour les services d'appel parce que les patients appellent souvent tard dans la nuit ou pendant le week-end, alors que moins de personnes-ressources sont disponibles pour répondre aux questions ou donner des conseils. Vingt-huit protocoles ont été élaborés pour les enfants, les adolescents, les adultes, les personnes âgées, ainsi que la famille et les amis de personnes présentant des problèmes de santé mentale. Les protocoles ont été informatisés et traduits en anglais, et le personnel infirmier a été formé à leur utilisation.

D'après les chercheurs, le projet a nettement réussi : en effet, les infirmières en savent plus sur les personnes atteintes de maladie mentale. De plus, et cela était inattendu, les protocoles auraient aidé à recruter et à retenir des infirmières, car elles étaient moins stressées en répondant aux appels de personnes présentant des problèmes de santé mentale complexes.

Il est particulièrement important de clarifier les méthodes et les procédures lorsque les patients

s'adressent à différents lieux de prestation de services ou établissements pour recevoir différents types de soins. Des modèles cliniques ont été utilisés dans le projet intitulé « Évaluation des modèles cliniques de soins continus aux patients atteints d'insuffisance cardiaque globale » (BC402). Des procédures uniformes élaborées par deux hôpitaux d'enseignement de Vancouver visaient les patients transférés de l'hôpital à des soins communautaires. Elles comprenaient les tests de diagnostic, les consultations avec des spécialistes, les traitements et autres interventions, les activités et le repos, les médicaments, l'alimentation, l'élimination, l'éducation des patients, la planification des congés et les résultats souhaités pour les patients. Un comité directeur était chargé de définir les modèles avec le concours et les commentaires d'infirmières de liaison, de pharmaciens et d'autres membres des équipes interdisciplinaires de l'hôpital et de la collectivité.

Dans leurs conclusions, les auteurs insistent sur les défis que pose l'adoption d'approches interdisciplinaires là où certains professionnels, comme les médecins, ont l'habitude de travailler seuls, avec peu de directives factuelles quant aux services qui devraient être fournis.

Il est essentiel que les outils et les évaluations uniformisés reposent sur des données cliniques et de recherche à jour. Ce type de recherche préliminaire a été utilisée dans le projet intitulé « Évaluation régionale des indications et des résultats liés aux interventions chirurgicales » (BC401). Les hôpitaux de la région sanitaire de Vancouver-Richmond ont étudié la faisabilité de l'évaluation d'un processus visant à mesurer la « nécessité » d'interventions chirurgicales non urgentes, mais nombreuses, que sont la chirurgie de la cataracte, la cholécystectomie, l'hystérectomie, la chirurgie de la hernie discale lombaire, la prostatectomie et l'arthroplastie totale de la hanche. Un ensemble de critères uniformes destinés à évaluer la nécessité de l'intervention a été utilisé par les fournisseurs, de même qu'une évaluation de la perception que les patients avaient de leur qualité de vie. Les principaux participants au projet faisaient partie d'un comité directeur de chirurgiens et d'administrateurs représentant le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, le Vancouver Richmond Health Board, six secteurs chirurgicaux et cinq hôpitaux.

L'étude a démontré l'importance de ce type d'évaluation des résultats d'interventions chirurgicales parce que, dans certains cas, la chirurgie pourrait être recommandée malgré des indications minimales quant à sa nécessité. Quelque 140 chirurgiens ont participé à l'étude et ils en ont généralement accepté les résultats. Cependant, l'étude montre combien il est complexe d'apporter des changements qui risquent d'être perçus comme des ingérences dans le processus décisionnel traditionnel des médecins.

Un projet intitulé « Évaluation d'un modèle de prestation de services aux aînés en perte d'autonomie » (BC123) a été mené dans la North Shore Health Region de la Colombie-Britannique. Le programme « pilote » de soins à domicile décrivait les grandes lignes de processus uniformes pour des services de réadaptation, des soins de jour pour adultes, des services communautaires de dépistage et de santé mentale gériatrique, la thérapie par le jeu et l'éducation sanitaire, ainsi que des services fournis par un gestionnaire de cas. Le modèle déterminait quand il était encore réaliste que des personnes âgées restent chez elles et à quel moment des soins de soutien supplémentaires devenaient nécessaires pour elles et leurs soignants. De même, un projet intitulé « An Integrated Mental Health Response for Seniors » (PE121), qui a été mené sur l'Île-du-Prince-Édouard, a fourni un modèle de prestation de services destiné à faciliter l'intégration des soins à domicile et des services de santé mentale communautaires offerts aux personnes âgées souffrant de démence ou de dépression. Les deux modèles pourraient s'appliquer ailleurs.

Il est difficile de décider quels sont les services qui devraient être uniformisés et quelles procédures sont essentielles pour l'application des protocoles. Un modèle d'aiguillage uniformisé (Plan des services de réadaptation) a été conçu pour les patients qui ont besoin de services de réadaptation au Nouveau-Brunswick (« Mise en œuvre et évaluation de certaines mesures énoncées dans le Plan des services de réadaptation du Nouveau-Brunswick » [NB102]). Dans ce cas, les facteurs cliniques les plus importants en ce qui

concerne l'aiguillage de patients vers des services de réadaptation ont été cernés par un comité de travail composé de représentants des professions concernées et d'autres groupes d'intervenants qui ont participé à une série de séances de concertation. Le comité de travail a défini 24 stratégies pour coordonner tous les services de réadaptation de la province. Le projet comprenait l'élaboration d'une échelle de priorités quant aux personnes aiguillés vers les services, ainsi que la rédaction d'un manuel de l'utilisateur, l'objectif étant de promouvoir une cohérence dans les priorités et, par conséquent, un accès équitable aux services dans toute la province. L'échelle reposait sur des faits et tenait compte du point de vue des patients et des fournisseurs.

Cette échelle d'évaluation a été appliquée avec succès. Les utilisateurs ont pu évaluer les capacités fonctionnelles de chaque patient et le résultat éventuel de services, ce qui leur a permis de déterminer leur besoin de réadaptation par rapport à d'autres personnes sur la liste d'attente.

Lorsque des services sont intégrés, il est important que toutes les organisations participantes comprennent bien leur rôle. En Ontario, on a mis sur pied un projet intitulé « Stratégie coordonnée en matière d'accidents cérébrovasculaires » (ON428) pour coordonner les services destinés aux victimes d'une attaque dans le continuum de soins.

Il y a beaucoup à apprendre de ce projet sur l'utilisation de protocoles, de lignes directrices et de modèles, mais les contrats écrits relatifs aux nouvelles attributions des organisations participantes en constituent une de ses contributions les plus importantes. Des ententes uniformes précisaient qui fournirait chacun des services intervenant dans le transport des patients entre les centres régionaux pour accidents cérébrovasculaires et les services communautaires proches de leur domicile. Les ententes étaient essentielles pour s'assurer qu'une personne victime d'une attaque pouvait recevoir les médicaments nécessaires (TPA) dans les trois heures qui la suivait. Les hôpitaux participants ont accepté d'offrir du TPA 24 heures sur 24 et d'assumer l'augmentation de coût connexe des médicaments et des services d'urgence. Les conclusions insistaient sur la complexité de la négociation de contrats inter-organisationnels.

### 3.1.2 Structures et politiques coopératives

Lorsque l'on élabore des approches uniformisées de la prestation de services intégrés, il est essentiel d'avoir l'appui de groupes interdisciplinaires clés. Des structures et des politiques coopératives donnent aux groupes professionnels, aux consommateurs et à d'autres intervenants l'assurance que leurs opinions et leurs compétences sont indispensables, ce qui prépare à une acceptation plus facile du protocole ou des lignes directrices quand le produit final est mis en œuvre.

Les approches coopératives du processus décisionnel ont été utilisées pour définir et valider des protocoles dans le projet intitulé « Du chaos à l'ordre : rationalisation des listes d'attente au Canada » (NA489). Un des principaux défis de ce projet réalisé dans l'Ouest du pays consistait à trouver un mode d'évaluation de listes d'attente standardisées que les intervenants clés jugeraient acceptables.

Il s'agissait d'élaborer des outils que les médecins pourraient utiliser pour évaluer l'urgence d'interventions chirurgicales chez des patients qui attendent une opération de la cataracte à Saskatoon, une arthroplastie de la hanche et du genou à Edmonton, une chirurgie générale à Winnipeg, un examen par IRM à Calgary et des services de santé mentale pour enfants à Vancouver. Un système de points a été défini à partir de données cliniques fournies par cinq groupes d'experts multidisciplinaires, d'entrevues avec des professionnels de la santé et d'essais sur le terrain. Afin de s'assurer que le mode d'évaluation serait acceptable pour les professionnels et les patients, près de 3 000 patients et 150 cliniciens ont participé au projet. L'opinion publique a été recueillie dans le cadre de sept groupes de réflexion afin de valider les processus de liste d'attente.

Un consortium composé de 19 membres B quatre ministères de la Santé provinciaux, sept autorités sanitaires régionales, quatre associations médicales et quatre centres de recherche en santé B a également participé à ce projet. Ce partenariat, qui était une entreprise sans précédent, a démontré les relations

interorganisationnelles complexes requises pour la réussite de ce type de travail.

Dans d'autres études, des rôles nouveaux ou élargis ont été définis pour des travailleurs de la santé tels que les infirmières, les travailleurs sociaux, les pharmaciens et les thérapeutes en réadaptation, afin de les amener à travailler en équipe pour aider à éliminer les obstacles, notamment interorganisationnels. Ces rôles étaient souvent transdisciplinaires. Autrement dit, leurs responsabilités se chevauchaient, de sorte que des personnes appartenant à différentes disciplines et milieux pouvaient les assumer.

Ce type de rôle transdisciplinaire a été utilisé avec succès dans les équipes de traitement communautaire dynamique (TCD) des services de santé mentale de plusieurs collectivités. L'hôpital psychiatrique Douglas de Montréal a constitué des équipes de TCD pour soigner des personnes souffrant de graves maladies mentales qui sont, en même temps, toxicomanes ou alcooliques (« Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie » [QC407]). Les enquêteurs ont souligné qu'il était difficile de trouver des programmes d'éducation pertinents pour former les membres d'équipes francophones pour ce travail. Un autre projet a réussi à créer des rôles élargis pour les pharmaciens, ce qui les a aidé à collaborer avec les médecins de famille de la même collectivité afin d'optimiser la pharmacothérapie des personnes âgées qui avaient besoin de plusieurs médicaments (« Étude aléatoire visant à évaluer l'extension du rôle des pharmaciens vis-à-vis des personnes âgées couvertes par un régime provincial d'assurance-médicaments B Essais d'évaluation des médicaments destinés aux personnes âgées » [ON221]).

On a souvent utilisé des comités ou des groupes de travail dans les études afin d'obtenir une participation adéquate au processus décisionnel et un leadership approprié. Par exemple, des comités de coordination ont été créés à trois niveaux afin de faciliter l'intégration d'un continuum de services complet dans le projet intitulé « Mécanisme de coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francs » (QC403). La structure de comité a été conçue de manière à favoriser la définition et l'application de protocoles cliniques et d'un système de gestion des cas. Les comités étaient stratégiques (directeurs), tactiques (coordonnateurs) et cliniques (gestionnaires de cas).

Diverses méthodes ont été appliquées dans une évaluation indépendante de la structure de comité (« Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et des services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré de services dans les Bois-Francs avec une coordination des services par gestion de cas » [QC123]). Le travail des comités a été suivi en observant le processus décisionnel pendant leurs réunions, en interrogeant leurs membres et en clarifiant le rôle des gestionnaires de cas et des membres des équipes. D'après les conclusions, la coordination stratégique a beaucoup facilité l'intégration des services parce que ce comité était habilité à réaffecter des fonds aux services, le cas échéant, afin de répondre aux besoins des patients. L'évaluation du projet dans son ensemble a montré que la prestation de services intégrés pouvait améliorer les résultats pour les patients et les familles, sans augmenter les coûts.

### 3.1.3 Communication et éducation

Pour parvenir à une intégration clinique, il est essentiel de disposer de stratégies de communication et d'éducation bien conçues. Comme T.J. Larkin et Sandar Larkin le soulignent dans leur article paru dans le *Harvard Business Review*, sous le titre *Reaching and Changing Frontline Employees* (1996), une mauvaise communication peut nuire et, par conséquent, ralentir l'évolution des processus. D'après Larkin et Larkin, les gens seront plus enclins à changer leur façon de travailler si on leur explique dès le début ce que l'on attend d'eux et s'ils considèrent que le communicateur est connu et crédible.

Ces deux principes ont été suivis dans le projet intitulé « Évaluation des modèles cliniques de soins continus aux patients atteints d'insuffisance cardiaque globale » (BC402). Dès le début du projet, des stratégies de communication et des séances d'information ont été mises au point et offertes à 417 employés des soins actifs et des soins communautaires. Les chefs de projets cliniques, que le personnel connaissait bien, ont

présenté les éléments des modèles cliniques et les détails de leur utilisation. Différentes approches ont été employées sur le plan de la communication, y compris des cours magistraux, des vidéos, des groupes de discussion et des documents écrits. Des séances ont été proposées à différents moments de la journée et à différents endroits, afin de donner toutes les possibilités au personnel d'y assister. Cependant, malgré cette approche multimédia, il a été difficile de joindre tout le monde. Les changements ont fait ressortir parmi les intervenants différentes philosophies et cultures en ce qui concerne les soins aux patients et le travail d'équipe. Les rôles et responsabilités des professionnels de la santé semblaient également ambigus ou contradictoires par rapport aux rôles et aux responsabilités traditionnelles.

## 3.2 Gestion de l'information et technologie

Dans le deuxième noyau, 13 projets portaient sur les étapes essentielles de l'intégration de la gestion de l'information et sur l'utilisation de la technologie pour parvenir à l'intégration.

L'importance et le pouvoir de la gestion de l'information et de la technologie sont reconnus dans la plupart des industries, mais le secteur de la santé au Canada est lent à adopter les progrès généraux enregistrés dans la gestion de l'information. La prestation de services intégrés oblige à recueillir des données et à les partager par-delà les frontières organisationnelles et professionnelles classiques, sans nuire à la confidentialité des renseignements sur laquelle comptent les consommateurs. Un des défis les plus importants consiste à s'assurer que tous les intervenants ont accès à l'information lorsqu'ils en ont besoin, là où elle leur est nécessaire.

Quatre grands groupes d'intervenants ont besoin d'avoir accès aux renseignements relatifs à la santé et aux services de santé afin de pouvoir prendre des décisions : les patients et le grand public; les fournisseurs de soins de santé, y compris les médecins et les infirmières; les gestionnaires et les chefs de clinique; les gouvernements et les autres payeurs de services.

Les renseignements qu'un groupe d'intervenants juge utiles le sont probablement aussi pour les autres groupes. Les projets intitulés « Évaluation régionale des indications et des résultats liés aux interventions chirurgicales » (BC401), « Du chaos à l'ordre : rationalisation des listes d'attente au Canada » (NA489) et « Stratégies coordonnées en matière d'accidents cérébrovasculaires » (ON428), entre autres, illustrent ce principe.

### 3.2.1 Patients et grand public

Les patients ont besoin de renseignements sur leur propre santé, sur leurs antécédents médicaux et sur les mesures qu'ils peuvent personnellement prendre pour améliorer leur santé. Les patients n'ont jamais eu accès à leurs propres dossiers médicaux et ils ne comprennent donc guère la nature de leurs propres problèmes de santé.

Afin d'essayer de communiquer avec les patients au sujet de leurs problèmes de santé, on a donné à ceux atteints de maladies chroniques du centre-ville de Regina et de Saskatoon des renseignements sur leur pression artérielle, sur leur taux de cholestérol et sur d'autres problèmes qui pouvaient être associés au diabète, au tabagisme et à la consommation d'alcool (« Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé » [SK330]). Les résultats préliminaires de ce projet montraient que la plupart des patients n'avaient pas conscience de la gravité de leurs problèmes de santé, et qu'il fallait faire plus pour qu'ils en prennent davantage conscience et pour les informer de questions courantes relatives à la santé.

Les résultats étaient plus encourageants dans le projet intitulé « Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardio-vasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean » (QC409). Des renseignements ont été donnés aux patients de cette région sur le tabagisme, les activités physiques et les habitudes alimentaires, afin de les aider à gérer les risques de maladies cardio-vasculaires. Les chercheurs ont conclu qu'il était positif de leur communiquer ces données, car leur taux de lipides dans le sang avait baissé, et leur niveau d'activité physique augmenté.

On espère, entre autres, en donnant aux consommateurs des renseignements relatifs à la santé qu'ils deviendront responsables par rapport à leur propre santé. Un projet intitulé « L'implantation d'une approche intégrée de la gestion optimale de l'asthme sur le territoire de desserte de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme » (QC301) était, en fait, un programme mis en place dans le service d'urgence de cet hôpital pour aider les patients asthmatiques à prendre plus d'initiatives dans leurs propres soins afin d'améliorer leur qualité de vie.

Les chercheurs ont conclu que le programme était bénéfique pour les patients, qui étaient satisfaits des services dans l'ensemble. Cependant, les médecins estimaient pour leur part que le service d'urgence d'un hôpital n'était pas le meilleur endroit pour dispenser ce type de programme d'éducation.

Dans un autre cadre, sur l'Île-du-Prince-Édouard, le projet intitulé « Programme de soutien provincial à l'intention des mères adolescentes » (PE422) a été mis en place afin de donner aux mères adolescentes des renseignements sur les programmes sociaux relatifs à la santé, sur les services juridiques et sur les possibilités d'emploi. Ce programme a donné des résultats positifs. Une fois les adolescentes informées des options à leur disposition, elles pouvaient planifier leur vie et bénéficier de garde d'enfants, ce qui les aidait à terminer leurs études secondaires.

Le grand public est souvent mal informé au sujet des questions de santé élémentaires et du fonctionnement du régime de santé. Dans le projet intitulé « Stratégie coordonnée en matière d'accidents cérébrovasculaires » (ON428) mené en Ontario, un projet-pilote a été mis sur pied afin de savoir ce que le public connaissait des symptômes d'une attaque. À la consternation des enquêteurs, un tiers environ des participants étaient incapables de nommer les cinq signes avant-coureurs d'une attaque. De vastes stratégies de relations publiques et de marketing ont donc été élaborées.

Les médias s'interrogent souvent sur l'efficacité du régime de soins de santé au Canada et les consommateurs s'intéressent vivement au détail des dépenses de santé. Le projet susmentionné, intitulé « Du chaos à l'ordre : rationalisation des listes d'attente au Canada » (NA489) a recueilli les commentaires du public dans sept villes de l'Ouest sur l'état actuel des listes d'attente et sur les délais d'attente dans cinq cliniques. Se fondant sur leur propre expérience, sur le bouche à oreille et sur la presse, les membres des groupes de réflexion se sont déclarés très préoccupés par les délais d'attente actuels et par la méthodologie apparemment non systématique sur laquelle s'appuie le classement des patients. Tout en reconnaissant ne pas savoir en général comment les décisions sont prises en ce qui concerne les listes d'attente, les participants ont réclamé la mise en place de processus clairs, équitables et transparents.

### 3.2.2 Fournisseurs de soins de santé

Où que se trouvent les patients à l'intérieur du système, les fournisseurs doivent pouvoir accéder facilement aux données cliniques et non cliniques qui les concernent. Un point d'accès unique pour les patients et un système informatique intégré sont des éléments essentiels de ce type de réseau d'information.

Au Québec, par exemple, ces deux éléments faisaient partie d'un réseau de télécommunications mis en place pour que les fournisseurs puissent accéder aux dossiers médicaux de patientes atteints de cancer du sein qui passaient d'une partie du système à une autre (« Projet de démonstration d'un dossier réseau en oncologie » [QC426]). De même, un point d'accès unique et des communications électroniques intégrées étaient des éléments essentiels de la mise en œuvre dans le district sanitaire de Regina, qui a été examiné dans le projet intitulé « Évaluation d'un service des admissions et des congés pour l'ensemble du système » (SK424).

Ce système visait à faire en sorte que les clients reçoivent les soins voulus au bon moment et au bon endroit. Les intervenants pouvaient donc échanger des renseignements et collaborer à différentes étapes des soins prodigués aux patients. Entre autres résultats positifs pour ces derniers, mentionnons des admissions moins nombreuses dans des hôpitaux de soins non actifs et plus d'orientations vers les soins à domicile. Cependant, le nouveau système n'a pas tout changé.

Ainsi, les patients étaient toujours aussi nombreux à se rendre aux services d'urgence ou à être réadmis dans les hôpitaux de soins actifs. Ce succès limité tiendrait à l'ambiguïté des rôles des intervenants, à de mauvaises communications, au manque de confiance des médecins dans le système, à une application incomplète du protocole et à des retards dans la mise en œuvre d'un système d'information sur les patients.

Le projet intitulé « Évaluation régionale des indications et des résultats liés aux interventions chirurgicales » (BC401), mené en Colombie-Britannique, montre que les intervenants ont besoin de renseignements précis et opportuns lorsqu'ils prennent des décisions complexes en ce qui concerne les soins aux patients. Ce projet visait entre autres à fournir aux chirurgiens des renseignements sur leurs pratiques chirurgicales actuelles par rapport à des lignes directrices factuelles. Les chirurgiens ont plus ou moins bien réagi au projet, et certains trouvaient les données assez inquiétantes. Cependant, la plupart étaient suffisamment intéressés par les résultats de la recherche pour envisager d'intégrer ce type de données aux fiches médicales courantes.

Le projet a également révélé que la gestion de l'information soulevait des questions importantes. Ainsi, il est apparu que le repérage automatisé de l'information était coûteux. En effet, le projet a repéré plus de 6 200 interventions chirurgicales au coût de 6 $ par résultat, ou de 12 $ pour un protocole pré et post-opératoire. Les identificateurs de patient uniques, la confidentialité des dossiers des patients et les politiques régissant l'accès des chercheurs à l'information étaient autant d'autres sujets épineux.

La télésanté est de plus en plus utilisée pour aider les intervenants ou les patients à accéder à des renseignements se trouvant à de grandes distances. Le projet intitulé « Projet de télésoins à domicile : volet de modélisation canadienne multicentrique » (NA161) faisait l'essai de fournir des soins à domicile à des enfants par l'intermédiaire de l'Hospital for Sick Children de Toronto, du Alberta Children's Hospital de Calgary et du Janeway Child Health Centre de St. John's. L'hôpital local et le programme de soins à domicile fournissaient des soins à court terme à des patients à leur domicile en utilisant une surveillance audiovisuelle. Les services comprenaient une évaluation de la santé des patients, une planification des services communautaires, de la formation et de l'éducation, et l'établissement d'un lien entre le congé de l'hôpital et la prestation de services à domicile.

Ce modèle de services essentiels peut faciliter l'accès à des services dans des régions éloignées et améliorer la continuité pendant la transition de l'hôpital à la collectivité. D'après les enquêteurs, il pourrait contribuer à réduire la durée des hospitalisations, le nombre des visites à l'urgence et les taux de réadmission.

### 3.2.3 Gestionnaires et chefs de clinique

Les gestionnaires et les chefs de services de soins de santé ont besoin de renseignements pour faire en sorte que ces services sont efficaces et économiques. L'hôpital de Sherbrooke était intéressé par la rentabilité d'examens de laboratoire couramment demandés (« Exploitation de la méthodologie d'autocontrôle pour un changement de pratique efficace appliquée à la rationalisation de l'utilisation des tests diagnostiques : évaluation d'une méthodologie déjà développée et exportation aux autres unités de soins à l'intérieur et à l'extérieur d'une institution » [QC427]). Un programme informatisé, « Autocontrôle », a été utilisé pour voir dans quelle mesure les médecins d'une unité de chirurgie générale trouvaient qu'une demande automatique d'examens de laboratoire était utile. Après étude de cinq examens (numération globulaire, sodium, potassium, urée et créatinine), certains ont été jugés inutiles dans les soins aux patients et ils ne sont donc plus demandés automatiquement. Cette étude, qui a permis de réaliser des économies considérables, a également prouvé que l'information peut contribuer à l'efficacité des services.

La réforme des soins de santé en Saskatchewan, en 1991, comprenait la fermeture de nombreux petits hôpitaux en région rurale et l'intégration des services de soins actifs dans les offices régionaux de la santé (« regional health boards » ). Une étude a été réalisée afin d'évaluer l'incidence de la fermeture des petits hôpitaux de soins actifs en région rurale sur le taux d'hospitalisation et de savoir ce que les résidants concernés pensaient de l'accès aux soins (« Évaluation

des effets de la restructuration des services de santé en région rurale et de la prestation de services intégrés ainsi que des solutions adoptées » [SK422]).

Les données montraient que la fermeture des hôpitaux n'avait pas fait baisser le taux d'hospitalisation ou augmenter le taux de mortalité. En fait, cela semblait être plutôt l'opposé. En effet, dans les collectivités où des centres hospitaliers étaient fermés, le taux de mortalité a diminué. Toutefois, les groupes de réflexion et les entretiens par téléphone donnent à penser que les résidants estimaient avoir moins accès aux services de santé.

Ce type de recherche peut fournir de précieux renseignements aux gestionnaires et aux dirigeants dans les collectivités dont le système de santé change. Les résultats montrent qu'il est nécessaire de prêter une plus grande attention aux communications avec les résidants de collectivités locales en ce qui concerne la justification des changements apportés et les conséquences auxquelles ils peuvent s'attendre.

### 3.2.4 Gouvernements et autres payeurs

Les gouvernements et les autres payeurs doivent avoir accès aux renseignements afin de pouvoir évaluer les besoins de la population en matière de santé, d'établir des normes, d'arrêter des politiques et de surveiller le rendement du système. Des systèmes intégrés d'information sur la santé ont été mis au point en Ontario pour réunir des données provenant de différents secteurs, par exemple, sur des indicateurs de la qualité pour les soins à domicile et de nouvelles approches du financement des soins psychiatriques à long terme et des cas de réadaptation (« Systèmes intégrés d'information sur la santé relatifs aux soins communautaires, hospitaliers et en établissement basés sur les instruments d'évaluation des bénéficiaires » [ON421]). Les conclusions de cette étude étaient très positives. L'outil s'est révélé fort pratique pour surveiller le rendement du système de santé intégré et facile à utiliser par les gouvernements, les autres payeurs et les organisations qui dispensaient des soins.

Dans un projet national, les chercheurs ont essayé de constituer une base de données intégrées en combinant des renseignements tirés d'enquêtes fédérales sur la santé et des données provinciales sur l'utilisation des soins de santé (« Différences socio-économiques dans l'utilisation des soins de santé : pourquoi y a-t-il des obstacles autres que financiers aux services « médicalement nécessaires »? » [NA369]). Les chercheurs n'ont pu avoir accès aux données à cause de politiques gouvernementales et de processus d'autorisation complexes. Cette étude lance un message utile aux différents paliers de gouvernement, à savoir qu'il est sans doute nécessaire de modifier la législation et la politique pour permettre aux gouvernements et à d'autres organismes prestataires d'intégrer des données provenant de différentes sources.

Le projet intitulé « Du chaos à l'ordre : rationalisation des listes d'attente au Canada » (NA489), qui portait sur le suivi et la gestion des listes d'attente, a également fourni des renseignements importants pour les ministères de la Santé provinciaux, les autorités sanitaires régionales, les associations médicales et les centres de recherche en santé. Des approches similaires pourraient être adaptées pour examiner des listes d'attentes dans d'autres provinces et pour analyser d'autres types de liste d'attente, comme celles pour les procédures de diagnostic.

Les projets décrits dans la présente section reconnaissaient les besoins des différents intervenants en matière d'information et la nécessité de gérer activement l'utilisation de l'information par-delà les frontières qui séparent habituellement les organisations. Cependant, il reste bien des défis à relever avant d'arriver à une réelle intégration de l'information. D'autres études sont nécessaires pour bien comprendre des questions aussi complexes que le respect de la vie privée des patients, les identificateurs de patient uniques, les réseaux à point d'entrée unique et d'autres stratégies destinées à améliorer l'accès à l'information.

## 3.3 Intégration verticale dans les collectivités

Les 41 projets portaient essentiellement sur la prestation de services intégrés, mais 17 d'entre eux fournissaient des exemples particulièrement intéressants de liens verticaux et des diverses ententes

interorganisationnelles auxquelles on peut recourir pour y parvenir.

Dans l'intégration verticale, les organisations prestataires se situant à différentes étapes du continuum de soins se réunissent pour fournir des services coordonnés et intégrés. Il s'agit d'assurer une transition sans heurt lorsque les patients passent d'un service à un autre dans les collectivités locales et d'éliminer les « zones tampons » qui se créent au risque d'entraîner des lacunes dans les soins au détriment des patients. L'intégration verticale est tout à fait essentielle dans le contexte actuel des soins de santé où les services d'hospitalisation classiques sont réduits, tandis que la responsabilité de la prestation des services est confiée à d'autres organismes communautaires. L'hôpital n'a plus le rôle de coordonnateur central et de source de « toutes les connaissances » sur les services de santé communautaires, mais on ne sait pas encore très bien qui le remplacera dans cette fonction importante.

L'intégration verticale peut prendre différentes formes. Sous sa forme la plus simple, elle peut comprendre une coentreprise entre deux organisations, par exemple : entre un hôpital et un programme de soins à domicile. À un niveau plus complexe, plusieurs établissements peuvent conclure des ententes pour conjuguer leurs forces et fournir un continuum de services à un groupe de patients ou à une population en particulier. Ce type d'arrangement peut être virtuel, comme l'explique Goldsmith (1994), et organisé en un réseau de services sans régie ou propriété commune. Un groupe d'organisations peut également s'associer dans le cadre d'un modèle de régie général, comme celui fourni par une autorité sanitaire régionale. L'intégration verticale peut aussi être élargie afin d'inclure des liens avec des services touchant à des déterminants généraux de la santé : services sociaux, emploi, écoles, organismes environnementaux, etc.

### 3.3.1 Coentreprises

Une coentreprise a été formée dans le projet intitulé « Soins intégrés postnatals et soutien à l'allaitement » (BC422) qui reliait l'hôpital d'une collectivité isolée de la Colombie-Britannique aux services de santé publique. Le projet visait principalement à faire en sorte que les jeunes mamans bénéficient, dans la collectivité, de soins de suivi, y compris en ce qui concerne l'allaitement et d'autres aides postnatales, de la part d'infirmières hygiénistes. De même, dans le projet intitulé « Évaluation des services de consultation psychiatrique externe pour les personnes âgées et déprimées : points de vue des patients, de leur famille, des médecins qui ont référé les patients à ces services et des psychiatres consultés » (QC428), les médecins de premier recours dans une clinique gériatrique de Montréal ont essayé d'établir un lien entre les personnes âgées déprimées et les services spécialisés d'un psychiatre-conseil.

Les liens ont pu être établis, et les patients et leur famille semblaient satisfaits des services des spécialistes, malgré quelques problèmes de communication. En effet, il n'a pas toujours été clairement expliqué aux patients et aux psychiatres pourquoi des recommandations étaient nécessaires, ce qui a entraîné l'annulation d'un certain nombre de rendez-vous.

Afin d'améliorer les liens entre les hôpitaux et les soins continus dans la région sanitaire de Simon Fraser, un programme baptisé « Carelinks » a été mis en place (« Projet d'évaluation de l'initiative de gestion des niveaux de soins de remplacement » [BC421]). Le programme, qui était financé par la fermeture de 30 lits de l'hôpital, était qualifié d'accompagnement. Les clients y étaient admis par le biais d'une simple inscription, en utilisant des coordonnateurs de clients qui évaluaient les patients à l'intérieur de l'hôpital, de manière à ce que ceux-ci obtiennent leur congé des soins actifs en temps opportun afin de rentrer chez eux, de bénéficier de soins à domicile, de soins de jour ou d'être transférés dans des établissements de soins de longue durée. Les unités de planification des congés existantes ont été transformées en unités de soins de transition qui s'occupaient d'un plus grand nombre de patients en attente de congé.

Les conclusions de cette étude montrent que, grâce à Carelinks, les patients sont passés d'un cadre à un autre et que le programme a contribué à réduire la durée des hospitalisations et leur coût. De plus, les travailleurs de la santé étaient satisfaits du programme

et les clients faisaient état d'une amélioration de leur qualité de vie.

À l'échelle nationale, l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) voulait améliorer les liens entre les hôpitaux et les services de soins à domicile subventionnés offerts aux patients souffrant de maladie mentale. Dans le cadre du projet intitulé « Les soins à domicile et les personnes atteintes de déficience psychiatrique : besoins et enjeux » (NA149), 77 antennes de l'ACSM et 140 organismes de soins à domicile ont été interrogés. De plus, des groupes de réflexion et des entrevues ont été organisés afin de cerner la gamme de problèmes que le système actuel pose pour les patients souffrant de maladie mentale. Des recommandations ont alors été formulées afin d'améliorer l'intégration verticale des services offerts à ces patients. Ainsi, on a proposé d'utiliser un protocole clinique, des méthodes d'évaluation uniformes, la gestion de cas et des mécanismes d'échange d'informations entre les services.

### 3.3.2 Arrangements multi-institutionnels

Le projet néo-écossais intitulé « Amélioration du soin chez les personnes atteintes de maladie mentale dans la communauté : modèle d'intégration des soins primaires en santé mentale » NS421) comprenait des arrangements multi-institutionnels. Il visait à promouvoir une intervention rapide et à améliorer l'accès des personnes souffrant de maladies mentale à divers services. L'arrangement, appelé « modèle de soins partagés », portait sur quatre centres de prestation de services : un centre de santé communautaire situé au centre-ville, un centre urbain de médecine familiale, un cabinet de médecine familiale situé en milieu rural et un centre de référence aux fins de la recherche. Les résultats montrent que les patients se trouvant dans les centres d'intervention bénéficiaient d'un meilleur accès aux services et attendaient moins longtemps que l'on s'occupe d'eux. De plus, le nombre des consultations à l'urgence a diminué. Dans leur conclusion, les auteurs insistaient sur la nécessité absolue de services de santé primaire coordonnés pour les personnes atteintes de maladie mentale.

Afin d'améliorer l'intégration des services de soins palliatifs dans le secteur sanitaire de Moosejaw–Thunder Creek, on y a mis sur pied un programme global reliant les soins à domicile, les soins actifs et les soins de longue durée (« Examen des programmes de soins palliatifs » [SK121]). Dans leur évaluation du nouveau programme, les chercheurs se sont concentrés sur les perceptions des soignants (famille et amis des patients). Alors que la plupart d'entre eux étaient satisfaits des services de soins palliatifs, certains membres de la famille avaient l'impression que les patients du programme étaient renvoyés chez eux trop tôt. Les soignants estimaient également que le programme ne disposait pas d'assez de ressources. Selon eux, il aurait fallu, entre autres, plus de lits réservés aux soins de relève, plus de personnel, de meilleurs programmes de soutien aux personnes en deuil et plus de médecins.

Dans un programme de soins palliatifs similaire mis en place à Montréal, un projet- pilote visait à créer un ensemble complet de services de soins palliatifs fournis à domicile et en hôpital de jour (« Continuum de soins et services palliatifs à l'intention des usagers adultes en phase terminale » [QC406]). Une nouvelle entente organisationnelle a été élaborée par le biais d'un partenariat entre cinq centres de services communautaires locaux (CSCL) et le centre de santé de l'Université McGill. Certains services de soins palliatifs étaient déjà en place, comme une unité spécialisée et une équipe de consultation, mais d'autres services ont été offerts, dont un service d'infirmières de garde, un service médical et des services pharmaceutiques, des soins intensifs à domicile, une ligne de téléphone direct avec les soignants, et un service de soutien psychologique, social et de deuil ouvert 24 heures sur 24.

Les chercheurs avaient beaucoup de recommandations à faire pour améliorer l'intégration. Ils préconisaient de mieux faire connaître l'existence des nouveaux services dans la collectivité, de faire davantage participer au programme les services de soins de santé primaires, et d'améliorer les rapports entre les intervenants afin que les renseignements concernant

les patients soient disponibles en temps réel lorsque les soignants se trouvent chez le patient.

En théorie, l'intégration verticale devrait être plus facile à réaliser dans les provinces où un seul organisme, par exemple une ASR, est responsable de toute la gamme des services de santé. Dans ces cas, les ASR sont habilitées à réaffecter des ressources d'un type de service à un autre, selon les besoins de la population en matière de santé.

Le Québec, où les ASR existent depuis longtemps, est propice à l'essai d'arrangements multi-institutionnels. Les ASR québécoises sont chargées des services sanitaires et sociaux, d'où la possibilité d'intégration verticale d'un éventail de services bien plus vaste qu'ailleurs. Dans cette province, les ASR sont chargées de la planification de la santé de la population et de la prestation de tous les services. Elles partagent donc beaucoup des caractéristiques des SSI décrits plus haut. Trois grands projets mis sur pied dans différentes régions du Québec illustrent les essais effectués par rapport aux éléments clés des SSI.

Le projet intitulé « Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) » (QC404) a été lancé par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre afin d'évaluer les atouts et les faiblesses de l'intégration régionale des services offerts aux personnes âgées fragiles. Ce projet-pilote, également appelé SIPA, a été conçu de manière à évaluer la faisabilité et la rentabilité d'un nouveau mode d'organisation, de financement et de prestation de services aux personnes âgées fragiles. Les stratégies d'intégration comprenaient des protocoles cliniques, une gestion de cas et un travail d'équipe, la coordination entre établissements, des services médicaux et sociaux combinés, un système de garde 24 heures sur 24, une augmentation du budget des services communautaires, et la promotion d'un modèle financier général, semblable au financement par capitation, qui couvrait tous les services sociaux et de santé.

Les résultats obtenus après une année de fonctionnement sont encourageants. En effet, des succès cliniques ont été enregistrés. La liste d'attente pour les admissions à l'hôpital a été réduite, de même que les séjours dans les services d'urgence, et l'accès aux soins à domicile a été facilité. Les patients estiment que les soins sont de meilleure qualité.

Le projet se poursuit et des ajustements continuent d'être apportés afin d'en faciliter le déroulement quotidien. Ainsi, on est en train de simplifier le système de garde et d'alléger la charge de travail des gestionnaires de cas. L'analyse des coûts initiale montre que le coût des services communautaires a légèrement augmenté, sans baisse correspondante des frais hospitaliers. Cependant, ce projet en est encore à ses premiers jours.

La deuxième étude réalisée au Québec, sous le titre « Projet de capitation dans la municipalité régionale du comté du Haut Saint-Laurent » (QC431), utilisait le financement par capitation pour améliorer l'accès aux services et leur efficacité. Les systèmes de financement par capitation allouent une certaine somme par habitant pour les soins de santé dans une région, indépendamment des services qui sont effectivement utilisés par sa population. De plus, ce projet a mis en œuvre plusieurs des stratégies d'intégration susmentionnées, comme les protocoles cliniques et un réseau d'information reliant les organismes prestataires. Il a permis de regrouper sept bases de données contenant des renseignements sur quelque 200 000 patients, afin d'en faciliter l'analyse et l'utilisation par les décideurs.

Les résultats préliminaires font apparaître une utilisation accrue des services de consultation externe et d'aide familiale, des hospitalisations plus courtes, moins d'admissions à l'hôpital et moins de visites à l'urgence. Le regroupement des services au niveau local a permis d'améliorer la continuité et la coordination entre les établissements. De nouvelles ressources ont été mises au point, y compris une brochure d'information à l'intention du public intitulée « Projet de capitation, réseau de soins et de services intégrés » qui brossait un portrait social-sanitaire de la population de la région, décrivait la prestation de soins dans le cas de 20 problèmes cliniques et exposait dans les grandes lignes des accords types de collaboration entre services.

La troisième étude, intitulée « Évaluation de la programmation régionale des soins ambulatoires et du Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval » (QC422), évaluait un nouveau centre de soins ambulatoires créé par le conseil de la Région des services sociaux et de santé de Laval. Le centre offre à la population locale tout un éventail de services, notamment : services d'avortement et d'aide aux victimes d'agression sexuelle, chirurgie de jour en ophtalmologie, suivi post-opératoire pour les cancéreux, service de stimulateurs cardiaques pour les patients atteints d'insuffisance coronarienne/ cardiaque et services d'accueil de jour pour les malades mentaux.

L'étude s'est penchée sur l'accès aux services et sur leur utilisation, ainsi que sur l'incidence économique du centre sur le système de santé en général. Les schémas d'aiguillage des patients vers des hôpitaux et des centres de soins existants ont également été analysés. Les auteurs ont utilisé un modèle d'étude de cas unique avec divers degrés d'analyses qualitatives. Ils ont eu des entrevues semi-structurées avec des professionnels et des gestionnaires de la santé, et ils ont comparé des programmes cliniques avant et après la mise en œuvre de nouveaux programmes. Des données ont également été recueillies à partir d'entrevues avec des patients, de questionnaires et de résumés analytiques de dossiers. L'évaluation était particulièrement délicate en raison de la complexité des mécanismes d'intégration et de la réduction du budget de la santé provincial au moment du projet.

Les auteurs sont encouragés par les résultats qui donnent à penser que les services sont maintenant plus accessibles pour la population de Laval. Cependant, ils ont relevé de nombreux défis permanents, dont une moins grande démarcation entre les soins primaires, secondaires et tertiaires, et des luttes de pouvoir entre des groupes publics et politiques. L'évaluation se poursuit.

Ces trois projets québécois montrent qu'une intégration générale des services sociaux et de santé avec des éléments clés des SSI est réalisable et qu'elle peut produire des résultats positifs dès les premiers stades. De toute évidence, les processus de mise en œuvre et les stratégies d'évaluation ne sont pas faciles. Il est probable qu'il faudra plus de temps et d'essais avant que l'on comprenne toute l'importance de cette démarche.

### 3.3.3 Liens avec les déterminants de la santé

Plusieurs projets incarnaient la vision et la philosophie selon lesquelles la santé ne s'arrête pas à la fourniture de services de santé et qu'elle peut être déterminée par quantité de facteurs sociaux, environnementaux et écologiques complexes. Ces projets essayaient de relier les services de santé à un éventail plus général de services associés à l'état de santé des personnes et des populations. Dans le projet réalisé sur l'Île-du-Prince-Édouard (PE422), les parents adolescents étaient mis en rapport avec les services sociaux, éducatifs, juridiques et d'emploi, Dans le secteur sanitaire de Battleford (Saskatchewan), on a engagé du personnel de liaison pour aider des Autochtones à accéder à tout une panoplie de services sanitaires et sociaux offerts par 44 organismes communautaires (SK402). Au Québec, l'accès à l'aide au logement jouait un rôle clé dans un projet visant à répondre aux besoins de patients atteints de problèmes mentaux graves et persistants (QC408).

Deux projets de ce groupe ont été réalisés dans des milieux très difficiles. Un projet, mené dans 14 villages éloignés, le long des côtes de la Baie d'Hudson et d'Ungava, au Nunavik, a remarquablement bien réussi à toucher 12 clients atteints de grave maladie mentale, présentant des tendances suicidaires et des problèmes de toxicomanie. Il leur a offert un milieu thérapeutique où ils ont pu acquérir des aptitudes sociales afin de réintégrer la collectivité (QC434). Une autre étude, qui portait sur les populations inuites de six régions disparates du Canada (NA485), a renforcé les maigres connaissances du système de santé sur les besoins en la matière des Canadiens qui vivent dans des régions éloignées.

Dans l'ensemble, les résultats de ces projets sont positifs, et les études elles-mêmes représentent une tendance qui devrait être encouragée. En reliant la fourniture de soins de santé et des déterminants plus généraux, elles ont reconnu qu'il est important pour l'avenir d'adopter une approche holistique de la santé et du bien-être des Canadiens.

# 4. Conséquences pour la politique et la pratique

Les études synthétisées dans le présent document représentent une immense somme d'expériences et de connaissances sur les stratégies relatives à la prestation des services intégrés et sur les effets de l'intégration sur les soins et sur les résultats. Cependant, il est difficile de tirer des enseignements pratiques de projets réalisés dans un domaine quand les conclusions ne sont pas toujours précises ou concrètes. Les études représentent également divers types et méthodes. Certaines d'entre elles étaient limitées par la taille des échantillons, l'absence de groupe témoin ou un milieu difficile pour la réalisation d'un projet. Pour la plupart des projets, on déplore un manque de précision dans les définitions et les évaluations de l'intégration des services, ainsi que la difficulté posée par l'identification d'une bonne évaluation des résultats sur le plan de la santé.

En ce qui concerne la pertinence, il est probable que certaines études étaient plus applicables dans leur milieu local, où la culture et la situation ambiante influent fortement sur la santé de la population. Les conclusions d'autres projets revêtent une pertinence provinciale ou nationale. Le projet relatif aux listes d'attente réalisé dans l'Ouest du Canada (NA489), le projet intitulé « Évaluation régionale des indications et des résultats liés aux interventions chirurgicales » (BC401) mené à Vancouver et le projet de SIPA (QC404) réalisé à Montréal peuvent tous avoir des applications dans l'ensemble du Canada.

Il reste à savoir en quoi ces projets contribuent à résoudre les problèmes de soins de santé systémiques exposés au début du présent document. Quelles leçons en a-t-on tirées et que fait-on maintenant?

## 4.1 Meilleure utilisation des ressources humaines

Ces projets démontrent que la prestation de services intégrés peut conférer une certaine souplesse et permettre une meilleure utilisation des ressources humaines.

Le fait que les rôles actuels des professionnels soient définis par la réglementation provinciale, et donc difficiles à changer, est une des raisons qui empêchent de remédier à la pénurie de travailleurs de la santé. Ces études montrent que, pendant l'intégration de la prestation de services, les attributions traditionnelles des professionnels de la santé deviennent souvent floues. Malgré des réticences initiales au changement, de nouveaux rôles transdisciplinaires se sont dessinés, et des professionnels ayant une formation et des expériences variées ont pu assumer de plus larges responsabilités. De nouveaux postes de liaison ont été créés afin de faciliter les relations entre différentes organisations. Les gestionnaires de cas, les infirmières, les infirmières praticiennes, les travailleurs sociaux, les pharmaciens et d'autres encore ont eu la possibilité de travailler dans les soins de santé primaires, notamment avec des patients atteints de maladies chroniques. Cette souplesse dans le travail et les milieux de travail est très prometteuse pour la gestion future des ressources humaines.

## 4.2 Rationalisation et succès des processus

D'après les études, les projets qui ont le mieux réussi à éliminer les excédents et les lacunes dans les services étaient ceux qui se concentraient sur des patients atteints de certaines maladies. En fait, l'intégration avait plus de chance de se faire en douceur quand le service visé était bien délimité.

Des progrès constants ont été relevés dans les essais de lignes directrices cliniques, de protocoles, d'outils d'évaluation et de programmes types uniformisés. Les structures et des politiques propices à la coopération

ont encouragé les professionnels de la santé à participer directement aux décisions concernant la validité des lignes directrices; en conséquence, les participants sont devenus des partisans enthousiastes de leur application. La formation et le recyclage se sont révélés essentiels pour que les fournisseurs de soins de santé acquièrent les compétences et les connaissances nécessaires pour assumer leurs nouveaux rôles.

Un plus petit nombre d'études ont démontré des méthodes permettant de faire des économies, notamment en éliminant des analyses de laboratoire courantes, mais inutiles. Toutefois, dans l'ensemble, les projets ne mettaient pas l'accent sur les économies.

## 4.3 Coordination de l'information

Les projets ont renforcé le principe selon lequel il est essentiel de coordonner l'information pour parvenir à une prestation de services intégrés. Cependant, la plupart des études concluaient qu'il était difficile de coordonner les systèmes d'information de manière à ce que les différents intervenants disposent des données nécessaires à la prise de décisions. Il est évident qu'il reste à régler de nombreux aspects difficiles.

Les études qui visaient, entre autres, à communiquer avec des patients ou avec le grand public n'ont connu qu'un succès limité. Il est urgent d'approfondir la recherche afin d'en savoir plus sur les besoins essentiels des Canadiens en matière d'information sur la santé. Il faut que ces derniers aient de nouveau confiance dans leur système de santé. Pour cela, il faut aussi qu'on leur donne des renseignements qui les rassureront sur le fait qu'ils auront accès à des services de qualité au moment et à l'endroit où ils en auront besoin. Le public doit avoir accès à des renseignements qui lui permettent de comparer l'accès aux services de santé, leur qualité et les résultats, afin de pouvoir faire des choix en connaissance de cause.

Les fournisseurs de soins de santé doivent pouvoir accéder à des renseignements sur leurs patients, où qu'ils se trouvent dans le continuum des soins. Il s'avère qu'un point d'entrée unique et un système d'information informatisé contribuent énormément à faciliter l'intégration de la prestation des services. Les gestionnaires, les chefs de clinique, les gouvernements et les autres payeurs auront besoin de données pour pouvoir planifier, offrir et évaluer des services de santé. Or, plusieurs projets montrent qu'il est difficile de rendre ces données accessibles sous une forme utilisable. Des projets technologiques B la télésanté, par exemple B montrent les avantages potentiels de la téléconnexion des services, mais une stratégie globale est nécessaire pour s'assurer que cela se fait uniformément à l'échelle provinciale et nationale.

Il est très difficile pour les fournisseurs locaux de coordonner les services de santé d'une collectivité. L'hôpital local a toujours été le principal coordonnateur des soins de santé, mais avec la fermeture de certains centres hospitaliers communautaires, il faut trouver de nouveaux coordonnateurs. Les patients doivent apprendre qu'ils peuvent être les meilleurs coordonnateurs de leurs propres soins et il faut donc leur montrer comment constituer leurs propres dossiers médicaux et dresser un inventaire des services disponibles.

## 4.4 Modèles d'intégration

L'expérience d'autres pays ainsi que celle de ces projets démontrent que la collaboration volontaire entre les fournisseurs ne donne que des résultats limités et qu'il faut donc prendre des mesures pour encourager l'intégration. Les études montrent que des structures pratiques, comme des coentreprises entre deux fournisseurs de services et des ententes multi-institutionnelles, peuvent effectivement encourager l'intégration.

L'intégration verticale peut être facilitée par des structures de régie courantes telles que les autorités sanitaires régionales. Ainsi, les trois projets québécois ont réussi d'emblée à mettre en place des éléments clés des systèmes de santé intégrés. Ces expériences offraient un éventail complet de services sanitaires et sociaux à certaines populations, en utilisant des

protocoles cliniques, la gestion de cas et des équipes, le financement par capitation, des dossiers médicaux électroniques communs, un point d'entrée unique et d'autres stratégies d'intégration.

Les conclusions de ces 41 études donnent à penser qu'il n'existe pas de modèle idéal de prestation de services intégrés. Une intégration complète demandera probablement beaucoup de temps, sans doute 10 ans, et elle se fera progressivement, avec des ajustements continus afin de répondre aux besoins communautaires. D'après les résultats préliminaires, des structures de soutien telles que les ASR sont un mécanisme nécessaire, sinon suffisant, pour permettre une intégration complète des services. Les structures régionales semblent faciliter la définition de mesures du rendement, tout en offrant la possibilité de communiquer ce type d'information aux résidants locaux et aux consommateurs.

# 5. Recommandations

Un certain nombre de recommandations découlent directement des projets. D'autres résultent de lacunes ou d'omissions dans la recherche là où d'autres travaux sont essentiels pour parvenir à une prestation de services de santé intégrés.

Les besoins en matière de santé des Canadiens et le bien-être des collectivités devraient être le moteur d'une intégration réussie. Les gouvernements devraient montrer l'exemple en investissant dans des programmes d'encouragement qui fassent comprendre aux médecins, aux infirmières et aux autres fournisseurs toute l'importance de soins intégrés « axés sur le patient ».

Il est urgent de mieux renseigner les Canadiens sur leur propre santé, sur les soins de santé et sur les systèmes de santé en général. Ils doivent savoir quels sont choix qui s'offrent à eux en ce qui concerne les modes de vie sains, les traitements, les médicaments, etc. Ils ont le droit de connaître ces choix, car ils doivent pouvoir comparer les organisations de soins de santé et leur efficacité sur le plan de l'accès, de la qualité et des résultats. Les Canadiens veulent avoir l'assurance de recevoir des services de qualité et être certains que l'on utilise bien les fonds alloués à la santé. En leur donnant ce type d'information, on leur permettra d'agir et d'« exiger » des services mieux intégrés.

Des investissements plus importants sont nécessaires pour définir et valider des mesures de l'accès aux services de santé, de leur qualité et des résultats qu'ils obtiennent. Des objectifs devraient être définis à l'échelle régionale en ce qui concerne l'amélioration du rendement. Ces données devraient être recueillies régulièrement à l'échelle régionale et mises à la disposition du public.

Il faudrait accélérer l'élaboration et la mise en œuvre de lignes directrices cliniques, de protocoles et de programmes types dans tout le pays. Les associations professionnelles et les collèges devraient montrer l'exemple et donner la priorité à une collaboration interdisciplinaire en ce qui concerne l'application des lignes directrices et des protocoles cliniques.

Il faudrait moderniser le contenu des programmes de formation des médecins, des infirmières et des autres travailleurs de la santé dans les universités, les collèges et les associations professionnelles de manière à ce qu'il y soit question de la prestation intégrée des services. Les travailleurs de la santé devraient recevoir une formation relative aux lignes directrices cliniques, aux protocoles, à la gestion de cas, aux approches interdisciplinaires, aux décisions prises en coopération, aux cultures d'organisation, aux relations interorganisationnelles, au changement organisationnel, etc.

Les soins de santé primaires sont le pivot de la prestation intégrée des services. La mise en œuvre de modèles de soins de santé primaires utilisant des approches multidisciplinaires devrait être accélérée dans tout le pays. La réglementation professionnelle devrait être revue afin de permettre plus de souplesse dans les rôles et la création de nouvelles catégories de travailleurs.

Les paliers fédéral et provinciaux doivent s'assurer immédiatement que l'information et la technologie mises au point au niveau local sont compatibles et peuvent être reliées entre elles.

L'intégration requiert un engagement et des champions. Les gouvernements doivent montrer l'exemple en s'assurant que leurs structures internes ne reflètent pas des modes de réflexion cloisonnés dépassés qui font obstacle à l'intégration. Des personnes doivent être nommées et avoir pour mandat précis de réaliser la prestation des services intégrés.

D'autres études doivent être menées afin d'examiner d'autres facilitateurs et obstacles en matière d'intégration, ainsi que leurs effets sur les résultats. Les expériences par rapport à l'intégration du système et des services devraient être suivies et communiquées largement.

En bref, ces 41 projets donnent à penser que les efforts d'intégration n'ont pas échoué, comme l'indiquent Friedman et Goes (2001), mais qu'il faut du temps et des ajustements continus pour mettre en œuvre la prestation de services intégrés au Canada. Nous ne sommes pas encore parvenus au modèle idéal de soins de santé imaginé par les consommateurs, que présente Guerriere (2001). Il reste des lacunes et des chevauchements dans les services, l'information des consommateurs est insuffisante, et les services ne sont pas encore organisés dans l'optique principale de commodité pour les consommateurs. Il reste manifestement encore beaucoup à faire.

# Ouvrages de référence

Regard sur le passé, regard sur l'avenir : Rapport de travail (2000). Toronto : Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario.

Friedman, L. & Goes, J. (2001). Have integrated health networks failed? Frontiers of Health Services Management. 17:4 3-28.

Gilles, R. R., Shortell, S. M., & Young, G. J. (1997). Best practices in managing organized delivery systems. Hospital and Health Services Administration. 42:3 299-321.

Goldsmith, J. C. (1994). The illusive logic of integration. *The Healthcare Forum Journal.* (mars-avril) 36:2 36-42.

Guerriere, M. (2001, June). Towards a Canadian model of integrated healthcare. Presentation at a Healthcare Papers: New Models for the New Healthcare Conference, Toronto.

Kindig, D. A. (1997). Purchasing population health: Paying for results. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Larkin, T.J. & Larkin, S. (1996). Reaching and changing frontline employees. Harvard Business Review, (mai-juin) 74:3 95-104.

Leatt, P. Pink, G. H. & Naylor, C. D. (1996). Integrated delivery systems: Has their time come in Canada? *Journal de l'Association médicale canadienne.* 154:6 803-809.

Leatt, P., Pink, G. H. & Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian model of integrated healthcare. Healthcare Papers. 1:2 13-35. (Cet article est une mise à jour de Integrated Delivery Systems: Has Their Time Come in Canada? publié en 1996 dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* par Leatt, Pink er Naylor.)

Lomas, J. Woods, J. & Veenstra, G. (1997). Devolving authority for health care in Canada's provinces: 4. Emerging issues and prospects. *Journal de l'Association médicale canadienne.* 156:6 817-823.

Naylor, C. D. (1999). Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress. Health Affairs. 18:3 9-26.

Shortell, S. M., Gillies, R. R. & Anderson, D. (1994). The new world of managed care: Creating organized delivery systems. Health Affairs. 13:5 46-64.

Shortell, S. M. Gillies, R. R. Anderson, D. A. Erikson, K. M. & Mitchell, J. B. (1996 and 2000). Remaking health care in America (première et deuxième éditions). San Francisco: Jossey-Bass.

# Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la prestation de services intégrés

Cet annexe contient un sommaire des projets du FASS qui ont été revus dans le cadre de la préparation de ce document. Pour de plus amples renseignements concernant ces projets, prière de consulter le site Web du FASS : www.hc-sc.gc.ca/htf-fass.

**(NA149) Les soins à domicile et les personnes atteintes de déficience psychiatrique : besoins et enjeux**

**Bénéficiaire : Association canadienne pour la santé mentale, Toronto**

**Contribution : 204 900 $**

Cette étude nationale cherchait à savoir comment les adultes du Canada atteints de maladie mentale grave (excepté la maladie d'Alzheimer) pourraient profiter des services de soins à domicile subventionnés par l'État. Le projet a réalisé une évaluation nationale de l'accessibilité, de la pertinence et de l'efficacité des services existants de soins à domicile destinés aux adultes atteints de troubles mentaux graves en examinant les sondages complétés dans 77 succursales de l'ACSM et dans 140 organismes de soins à domicile, les commentaires provenant de patients et de proches dans le cadre de 13 séances de réflexion collective tenues d'un bout à l'autre du pays et l'information recueillie au cours d'entrevues individuelles avec 142 intervenants clés. Simultanément, on a élaboré, mis en œuvre et évalué des programmes pilotes à vocation régionale à Taber, Ottawa et Saint John's, lesquels montraient que l'intégration de la santé mentale et des soins à domicile peut se faire de différentes manières. Le rapport recommande que l'on apporte une série de changements à la politique et à la pratique qui allégerait le « syndrome de la porte tournante » qui voit les malades mentaux entrer à l'hôpital et en sortir dans un cycle sans fin : incorporer au congé de l'hôpital la planification de l'admission aux soins à domicile, fournir un soutien accru aux soignants naturels et au personnel des soins à domicile, réaliser une gestion intensive des dossiers. De plus, le rapport établit le bien-fondé de l'amélioration de l'intégration des services de soins à domicile et de santé mentale dans toutes les régions canadiennes.

**(NA161) Télésoins à domicile : volet canadien de modélisation multi-sites**

**Bénéficiaire : The Hospital for Sick Children, Toronto**

**Contribution : 87 240 $**

Ce rapport compare trois modèles de télésoins à domicile de conception régionale dont l'un (celui de Toronto) était opérationnel et les deux autres (ceux de Calgary et de Saint John's) étaient théoriques, et en dégage les éléments communs ainsi que les différences propres à chaque site. Le projet s'est assuré le concours du personnel hospitalier et des soins à domicile pour élaborer les deux modèles théoriques de télésoins à domicile en définissant les concepts généraux du service, en déterminant la population de patients, en dégageant les éléments essentiels du service et en faisant des recommandations à propos des exigences technologiques. Ensuite, ces modèles ont été comparés à celui qui est actuellement mis à l'essai au Hospital for Sick Children de Toronto. Le projet a élaboré le plan directeur du service de base de télésoins à domicile pour le Canada qui pourrait permettre la dispensation à domicile de soins de plus haute intensité pour une période pouvant aller jusqu'à six mois après le congé de l'hôpital : établir une connexion audiovisuelle entre le centre de monitorage et les patients, surveiller les patients au moins une fois par jour, offrir un soutien en soins tertiaires aux patients et aux dispensateurs de soins communautaires. Les télésoins à domicile sont un complément des soins à domicile conventionnels et ne doivent pas les remplacer. Tout ceci a permis de mieux comprendre la nature, les avantages et la capacité d'adaptation d'un nouveau modèle de prestation de service, qui pourrait non seulement accroître l'efficacité du système de santé mais encore aider à résoudre les problèmes d'accès aux soins vécus par les patients des régions rurales ou éloignées.

**(NA369) Différences socioéconomiques dans l'utilisation des soins de santé : pourquoi y a-t-il des obstacles autres que financiers aux services « médicalement nécessaires »?**

**Bénéficiaire : Institut canadien d'information sur la santé, Toronto**

**Contribution : 213 044 $**

Lors de la réalisation d'une étude sur les différences socio-économiques à l'accès aux soins de santé au Canada, une équipe de chercheurs universitaires de cinq provinces a révélé l'étendue des imperfections et de la fragmentation du système provincial/fédéral de traitement des données de santé. Elle a ainsi effectué un examen des obstacles au rassemblement de données à des fins de recherche. Quoique que l'étude portant sur les iniquités d'accès aux médicaments d'ordonnance, aux soins à domicile et aux soins de longue durée soit encore au programme, le rapport publié par les chercheurs décrit l'ensemble impressionnant, complexe et chronophage d'approbations, d'autorisations, d'ententes contractuelles et de politiques auxquelles il fallait se plier avant que le projet ne puisse démarrer. Ils ont constaté la diversité des lois provinciales, des politiques et des procédures visant à garantir la protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements de santé de nature personnelle; le peu de soutien accordé au partage interprovincial des données; les priorités conflictuelles des bureaucraties. Même la gestion des données posait problème car chaque province a des systèmes de codage différents pour les demandes de paiement des médecins, les données sur les congés et les données relatives à d'autres domaines, ce qui crée un obstacle de taille à la recherche interprovinciale sur l'utilisation des services de santé et leurs résultats. Les auteurs suggèrent que leur cadre organisationnel – un réseau pancanadien de chercheurs, d'analystes, de centres de recherche provinciaux et d'organismes fédéraux – pourrait tracer la voie de la recherche de demain. L'étude éclaire d'un jour nouveau le manque d'efficacité des systèmes de collecte et de protection des données du Canada, et stipule que toute amélioration de la situation exigera une volonté politique et administrative.

**(NA404/QC404) Un Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre**

**Contribution : 2 798 781 $**

Ce projet de démonstration mettait à l'essai la faisabilité et la rentabilité d'une nouvelle méthode d'organisation, de financement et de prestation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'agissait du SIPA (Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie), le financement duquel simulait la capitation. Le rapport décrit comment deux territoires de CLSC de Montréal ont mis le système en place avec l'aide d'équipes interdisciplinaires qui coordonnaient l'ensemble des services médicaux et sociaux, aussi bien primaires que secondaires, et qui dispensaient les soins aigus et chroniques à tous les patients. Ce projet visait à répondre aux besoins des personnes âgées frêles et de maintenir leur autonomie et leur capacité à choisir des solutions appropriées. En ce qui concerne le système des services sanitaires et sociaux, le but était d'optimaliser l'utilisation des ressources communautaires, hospitalières ou institutionnelles. Le rapport détaille les difficultés et les retards ayant marqué la mise en œuvre, ainsi que les obstacles à la gestion efficace du projet, notamment les difficultés à impliquer les médecins d'exercice privé. Néanmoins, les patients (et le personnel soignant) du groupe SIPA déclaraient qu'à leur avis la qualité des services était supérieure et qu'ils éprouvaient un plus grand sentiment de sécurité par rapport à ceux du groupe témoin. En outre, le groupe SIPA a réduit de manière significative son utilisation des ressources hospitalières, et la tendance à l'institutionnalisation était moindre parmi ces patients. L'analyse des coûts des soins révélait qu'ils étaient légèrement plus élevés chez les patients du groupe SIPA et que l'utilisation accrue des services communautaires n'était pas compensée, du point de vue financier, par la réduction de l'utilisation des services hospitaliers, à tout le moins durant la période d'expérimentation. Toutefois, les auteurs suggèrent que cette méthode pourrait devenir plus rentable si on y incorporait le coût des soins de longue durée sur une période plus prolongée.

**(NA485) Évaluation de modèles de prestation de soins de santé dans les régions inuit**

**Bénéficiaire : Inuit Tapirisat du Canada, Ottawa**

**Contribution : 163 800 $**

Cette étude examinait la manière dont les soins de santé sont dispensés dans six régions inuites disparates du Canada, parmi des populations présentant l'espérance de vie la plus brève, le taux de suicide et le taux de natalité les plus élevés de tous les peuples autochtones du Canada. C'est en utilisant une approche holistique axée sur la santé de la population dans les entrevues réalisées auprès de 41 informateurs clés et une évaluation des commentaires émanant du Forum national sur la santé des Inuits que ce rapport jette les bases de l'analyse future des modèles de prestation de soins de santé. Il constate que les problèmes de santé mentale et la prévention du suicide constituent les grandes priorités dans toutes les régions inuites et que toutes les collectivités sont dotées de services en soins infirmiers de première ligne, quoique les pénuries de personnel mettent le système à rude épreuve. Il existe de nettes différences régionales en ce qui concerne les soins dispensés par les médecins. De manière générale, pour ce qui est de la santé, l'accent doit être mis sur la prévention, sur l'enseignement et sur la promotion, et il faut que les Inuits soient impliqués à tous les niveaux du système afin que ce dernier intègre le savoir traditionnel et la culture.

**(NA489) Du chaos à l'ordre : rationalisation des listes d'attente au Canada**

**Bénéficiaire : University of Alberta**

**Contribution : 2 118 762 $**

Ce projet multidisciplinaire conçu dans l'Ouest canadien avait pour but de réduire les délais de prestation des soins médicaux et d'en rehausser l'équité. Jusqu'à présent, les listes d'attente ne sont ni normalisées, ni coordonnées, ni gérées de manière globale. Ce projet auquel participait un consortium de quatre ministères provinciaux de la santé, sept régies régionales de la santé, quatre associations médicales et quatre centres de recherche sur la santé, a mis au point des instruments pratiques cotés par des médecins pour mesurer le degré d'urgence chez les patients attendant des soins dans cinq domaines cliniques : chirurgie de la cataracte; remplacement prothétique de la hanche et du genou; chirurgie générale; examens par IRM; santé mentale de l'enfant. Les cliniciens ont trouvé que les instruments d'établissement des priorités étaient valides et très utiles, en particulier dans les domaines de la chirurgie générale et du remplacement prothétique de la hanche et du genou, mais beaucoup moins en ce qui concerne les examens par IRM. Les régies régionales de la santé ont appuyé les méthodes de distribution des patients au sein des listes d'attente bien qu'on ait remarqué une certaine résistance au changement.

**(BC123) Évaluation d'un modèle de prestation de services aux aînés en perte d'autonomie**

**Bénéficiaire : North Shore Health Region**

**Contribution : 139 875 $**

Ce projet d'une durée de six mois comparait les services de soins à domicile intégrés et non intégrés aux aînés en perte d'autonomie. Il évaluait également la rentabilité et les résultats relatifs pour les patients des soins à domicile intégrés. Les clients appartenant au groupe de traitement bénéficiaient de l'attention continue d'une coordonnatrice des soins, de généreux services de rééducation en ergothérapie et en physiothérapie, de l'accès à un programme de soins journaliers pour adultes, de consultations auprès d'équipes mobiles de santé mentale et de soins gériatriques, de séances de récréothérapie, d'une attention régulière aux réunions d'études de cas de l'équipe interdisciplinaire ainsi que des services d'un travailleur salarié de soutien à domicile. Le programme s'est avéré très rentable. Durant ses six mois d'existence, les coûts totaux des services s'élevaient à 7 367 $ par client dans le groupe de traitement tandis qu'ils se montaient à 11 279 $ dans le groupe témoin. Il n'existait, entre les deux groupes, aucune différence significative sur le plan des résultats pour les patients.

**(BC401) Évaluation régionale des indications et des résultats liés aux interventions chirurgicales (RESIO)**

**Bénéficiaire : Vancouver Hospital and Health Sciences Centre**

**Contribution : 810 191 $**

Ce projet explorait, du point de vue des patients, l'efficacité de six opérations chirurgicales non urgentes communes. Plutôt que de s'intéresser à la mortalité et à la morbidité – les résultats typiques selon la perspective médicale – les chercheurs ont demandé aux patients d'évaluer leur qualité de vie en matière

de santé et les répercussions de leur opération sur leur bien-être. Les opérations retenues étaient les suivantes : chirurgie de la cataracte, cholécystectomie, hystérectomie, discectomie lombaire, prostatectomie et arthroplastie totale de hanche. Les résultats indiquaient, en premier lieu, qu'une évaluation des résultats aussi importante et systématique était réalisable, utile et relativement peu onéreuse. La plupart des patients signalaient une amélioration pour chaque opération, mais pour chacune, certains patients disait de leur bien-être postopératoire qu'il était inchangé ou même pire. C'est pour la chirurgie de la cataracte qu'on relevait le plus grand nombre d'incohérences par rapport aux lignes directrices cliniques. De plus, 1 pour cent des patients opérés de la cataracte déclaraient que leur qualité de vie était restée inchangée et 26 pour cent que leur situation s'était dégradée après l'opération. En général, plus le patient éprouvait de douleur et d'inconfort avant l'opération et plus l'amélioration était nette. Les auteurs ont avancé qu'une exploration en profondeur de ces conclusions pourrait aider les chirurgiens et les patients à déterminer ceux qui bénéficieraient le plus de l'opération afin de réduire les possibilités de résultats médiocres.

**(BC402) Évaluation des modèles cliniques de soins continus aux patients atteints d'insuffisance cardiaque globale**

**Bénéficiaire : Vancouver Hospital and Health Sciences Centre**

**Contribution : 509 982 $**

Ce projet a élaboré et mis en œuvre deux modèles cliniques pour les cas complexes d'insuffisance cardiaque globale, l'un pour le cadre des soins de courte durée et l'autre pour celui des soins communautaires. Ces deux modèles comprenaient un ordinogramme normalisé qui décrivait et orientait les soins du patient atteint d'insuffisance cardiaque globale durant son séjour à l'hôpital et par la suite, son passage aux soins communautaires. Le modèle hospitalier définissait quatre phases de soins : urgence, soins de courte durée, stabilisation et congé. Le modèle de soins communautaire, lui, comprenait trois phases : évaluation, soins de courte durée et soins d'entretien. Le modèle clinique pour les soins à domicile a été très bien accepté par les infirmières communautaires. Cependant, le milieu hospitalier a présenté des défis de taille dus, en partie, aux conflits relatifs aux rôles et aux philosophies de divers soignants, au manque de leadership, aux intransigeances des cultures hospitalières et à la pénurie de personnel.

**(BC421) Projet d'évaluation de l'initiative de gestion des niveaux de soins de remplacement (Programme Carelinks)**

**Bénéficiaire : Simon Fraser Health Region**

**Contribution : 199 700 $**

Ce projet avait pour but d'évaluer Carelinks, un programme lancé en 1999 dans deux centres hospitaliers de la Simon Fraser Health Region et conçu pour améliorer la coordination entre les hôpitaux et les soins continus. Le financement de Carelinks était assuré dans le cadre d'une restructuration qui incluait la fermeture d'une salle de 30 lits et la suppression de plusieurs postes. Les chercheurs ont rapporté que le programme est généralement perçu comme une réussite par les médecins et les autres soignants. De même, la clientèle de Carelinks signalait une amélioration plus marquée de son état de santé que ne le faisait le groupe témoin. D'autres indicateurs, notamment l'utilisation des services de médecins et des services hospitaliers, ne révélaient aucune différence entre les deux groupes. Durant l'année qui a suivi la restructuration et la mise en œuvre de Carelinks, les réductions de coûts s'élevaient à près d'un million de dollars. Les chercheurs en ont conclu que la diversion des ressources vers Carelinks était rentable, qu'elle améliorait l'état de santé de la clientèle et la satisfaction des soignants.

**(BC422) Soins intégrés postnatals et soutien à l'allaitement**

**Bénéficiaire : North West Community Health Services Society**

**Contribution : 63 037 $**

Ce projet a établi un partenariat entre un hôpital de soins de courte durée et des services de santé publique afin de fournir des soins postpartum dans une collectivité semi-urbaine isolée du nord de la Colombie-Britannique. Ce projet examinait les préoccupations relatives aux effets d'un congé précoce sur les résultats postnataux, notamment l'allaitement. Les femmes participaient à une clinique sept après-midi par semaine ou recevaient une visite à domicile au cours des deux premières semaines postnatales. La clinique abordait les sujets suivants : allaitement, développement du nourrisson, adaptation de la

famille, liens vers d'autres services. La satisfaction de la clientèle était élevée, et le personnel soignant a exprimé la confiance qu'il éprouvait vis-à-vis du service. Toutefois, l'échéancier de 12 mois n'a pas permis d'évaluer les résultats pour les patientes.

**(PE121) Une intervention intégrée en santé mentale pour les aînés**

**Bénéficiaire : Prince Edward Island Department of Health and Social Services**

**Contribution : 140 000 $**

Cette étude de deux ans a élaboré et vérifié sur le terrain un modèle de dispensation des services intégrant les services de santé mentale à domicile et en milieu communautaire à l'intention des personnes âgées atteintes de démence ou de dépression, les troubles mentaux les plus fréquents chez cette population. Les principaux objectifs étaient une évaluation plus précoce, la planification des soins et la pertinence des interventions. La planification du modèle a progressé avec prudence afin de permettre aux travailleurs en soins à domicile et en santé mentale d'assimiler les objectifs. Une fois lancé, le projet visait à accroître la confiance et la compétence du personnel de première ligne au moyen d'ateliers (pour les travailleurs en soins à domicile) et d'une formation intensifiée sur la santé des aînés (pour les travailleurs en santé mentale). Les chercheurs ont mis au point un bilan de dépistage permettant de reconnaître les signes avant-coureurs de la maladie lors des visites à domicile ainsi qu'un protocole de diagnostic multidisciplinaire pour les évaluations effectuées auprès des clients et des soignants. Le projet a rehaussé l'accessibilité du personnel des soins à domicile à l'expertise en santé mentale; parmi les défis, on notait le maintien en poste des effectifs et les efforts nécessaires pour obtenir l'appui des médecins de famille.

**(PE422) Un programme de soutien provincial à l'intention des mères adolescentes**

**Bénéficiaire : Prince Edward Island Department of Health and Social Services**

**Contribution : 137 500 $**

Ce projet d'une durée de deux ans facilitait l'accès des mères adolescentes aux soutiens sociaux, scolaires, juridiques et sanitaires. Fort de son mandat provincial, le coordonnateur du projet a œuvré au niveau local auprès de la clientèle adolescente de cinq districts de santé afin de définir les besoins, les objectifs, les lacunes en matière de services, puis a intégré les réseaux de services existants et sensibilisé les fournisseurs de services régionaux aux enjeux relatifs aux mères adolescentes. De nouvelles ressources d'information ont été préparées et diffusées dans le cadre du projet. Ce dernier soulignait le manque de continuité qui caractérise les services aux mères adolescentes et la nécessité d'adopter une approche systématique en vue de répondre à leurs besoins dans les domaines de l'emploi, de l'éducation, du droit et de la vie sociale. Le projet s'est traduit par une augmentation de 10 pour cent du nombre de participantes poursuivant leurs études, par un accès accru des mères adolescentes aux services et par l'établissement de liens accrus entre les fournisseurs de services.

**(NB102) Mise en œuvre et évaluation de certaines mesures énoncées dans le Plan des services de réadaptation du Nouveau-Brunswick**

**Bénéficiaire : Ministère de la Santé et des Services communautaires, Gouvernement du Nouveau-Brunswick**

**Contribution : 2 972 983 $**

Cette étude évaluait l'incidence du Plan des services de réadaptation élaboré en 1994 afin de rehausser la dispensation des services de réadaptation de nature communautaire au Nouveau-Brunswick en en améliorant l'accès pour les clients et en coordonnant la prestation des services. Comme ils ne disposaient pas de données sur les conditions de base, les chercheurs ont mesuré les perceptions en matière de changements par le truchement d'évaluations qualitatives. Ils ont conclu que les services de réadaptation se sont effectivement améliorés : ils sont perçus comme étant axés sur les clients, et ces derniers en sont généralement satisfaits; certains d'entre eux ont désormais accès à un plus large éventail de services; le processus d'aiguillage est plus aisé; un nouveau processus d'évaluation permet de s'occuper en premier des patients aux besoins les plus criants; les services hospitaliers et communautaires font l'objet d'une meilleure coordination; le Centre de réadaptation Stan Cassidy joue dorénavant un rôle de premier plan dans la province. Le rapport cerne également les défis restants, surtout la nécessité de disposer de ressources humaines suffisantes et d'assurer le financement de la formation continue.

**(NS421) Amélioration du soin chez les personnes atteintes de maladies mentales dans la communauté : modèle d'intégration de soins primaires en santé mentale**

**Bénéficiaire : The Nova Scotia Hospital**

**Contribution : 397 200 $**

Ce projet a mis à l'essai un modèle de partage des soins pour la prestation des soins de santé mentale afin d'améliorer la détection, les interventions précoces, l'accès aux services appropriés et les résultats. Le modèle de partage des soins a déployé des travailleurs en santé mentale et des psychiatres dans les milieux de soins primaires de quatre sites de la Nouvelle-Écosse : un centre de santé communautaire en plein centre-ville, deux centres de médecine familiale, l'un en zone urbaine et l'autre en zone rurale et un site de comparaison. Chaque site d'intervention était doté de trois médecins de famille ETP salariés, d'une réceptionniste, d'un psychiatre et d'un travailleur en santé mentale. Le site de comparaison, lui, avait des médecins rémunérés à l'acte. Au total, 241 patients ont donné leur autorisation écrite de participation à la recherche. L'évaluation a permis de constater que les patients des sites visés par l'intervention jouissaient d'un accès amélioré aux services de santé mentale pertinents : réduction des délais d'attente, diminution des visites à l'urgence, accroissement des aiguillages pour des consultations en santé mentale dans leur propre site, taux élevés de satisfaction des patients. Les résultats pour les patients se sont améliorés sur le plan de la santé mentale, et on remarquait une collaboration et une communication accrues entre les divers dispensateurs de soins.

**(ON221) Essai sur une base aléatoire visant à évaluer le rôle élargi des pharmaciens à l'égard des aînés qui bénéficient d'un régime provincial d'assurance-médicaments en Ontario – Seniors Medication Assessment Research Trial (SMART)**

**Bénéficiaire : McMaster University, Hamilton**

**Contribution : 677 860 $**

Cette étude évaluait un programme de cinq mois créant des partenariats entre des médecins de famille et des pharmaciens formés à la dispensation de soins cognitifs et cliniques axés sur le patient (pharmaciens à rôle élargi) afin d'optimiser la thérapie médicamenteuse chez les personnes âgées. Le projet faisait appel à un devis d'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé en grappes représentant 889 patients âgés utilisant chacun cinq médicaments ou plus, dans 48 cabinets de médecine familiale de régions urbaines et rurales de l'Ontario. Le projet SMART associait pharmaciens et médecins de famille dans le groupe d'intervention, donnait accès aux dossiers médicaux et aux entrevues réalisées auprès des patients, facilitait les recommandations sur les problèmes liés aux médicaments et déterminait, au cours des cinq mois suivants, lesquelles de ces recommandations seraient mises en œuvre. Le rapport constate que l'expérience s'est soldée par une réussite, qu'elle était efficace et reproductible : des problèmes liés aux médicaments ont été dégagés chez 88 pour cent des patients du groupe d'intervention; les médecins ont accepté de mettre en œuvre 84,2 pour cent des recommandations reçues; après cinq mois, 56,5 pour cent de ces changements avaient fait l'objet d'une mise en œuvre réussie. L'étude n'a observé aucune différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle en ce qui concerne le nombre moyen de médicaments quotidiens ou d'unités de médicaments, la proportion respective d'utilisation des médicaments à bon et à mauvais escient, la proportion de patients signalant un problème lié aux médicaments ou un problème de qualité de vie. Les médecins et les pharmaciens déclaraient qu'ils recommanderaient cette méthode de collaboration à leurs collègues.

**(ON421) Systèmes intégrés d'information sur la santé relatifs aux soins communautaires, hospitaliers et en établissement basés sur les instruments d'évaluation des bénéficiaires**

**Bénéficiaire : University of Waterloo**

**Contribution : 1 648 644 $**

Cette étude explorait la faisabilité et l'utilité d'outils informatiques (instruments RAI) qui permettent aux fournisseurs et aux administrateurs de soins de santé de comparer les résultats de leur pratique à ceux de groupes de référence. Les chercheurs et les administrateurs peuvent utiliser les instruments RAI afin de surveiller les indicateurs de la santé et donc, d'orienter les stratégies relatives à la santé de la population. Cette étude échelonnée sur deux ans comportait quatre volets; toutes les sous-études impliquaient l'analyse secondaire des données en provenance des organismes de soins qui avaient volontairement mis à l'essai un ou plusieurs instruments RAI dans le cadre de leur

pratique régulière. Les résultats étaient transmis aux cliniciens qui pouvaient les incorporer dans leurs activités et leurs plans de soins. Les sous-études ont lancé avec succès des outils d'évaluation appuyant des systèmes intégrés d'information sur la santé, des indicateurs de qualité des soins à domicile, et un nouveau système de classification des maladies analogues pour les malades hospitalisés en psychiatrie (RAI-MH). Quant à la quatrième étude, elle a examiné et avalisé les résultats de l'utilisation d'un instrument intitulé RUG-III pour le financement des soins de longue durée et les soins continus complexes.

**(ON428) Stratégie coordonnée en matière d'accidents cérébrovasculaires**

**Bénéficiaire : Fondation de l'Ontario des maladies du cœur**

**Contribution : 750 000 $**

Cette étude évaluait un projet de démonstration dans le cadre de la Stratégie coordonnée de prévention des ACV, qui intègre les soins aux personnes atteintes d'accidents cérébrovasculaires (ACV) tout au long du continuum de soins, depuis la promotion de la santé et de la gestion des facteurs de risque jusqu'à la réadaptation et la réinsertion sociale en passant par les soins préhospitaliers et les soins de longue durée. L'étude examinait les efforts fournis en vue d'améliorer les stratégies de prévention secondaire dans le cadre de deux programmes pilotes et mettait à l'essai l'efficacité de certaines stratégies de marketing pour les messages concernant les signes avant-coureurs des ACV. Chaque région de démonstration a établi des réseaux et mobilisé les intervenants à sa propre façon; les variations et les avantages ou problèmes correspondants sont détaillés dans l'étude. Le projet a également ajouté des connaissances sur les processus et les protocoles utilisés dans les cliniques de prévention des ACV obtenant de bons résultats.

**(QC123) Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et des services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré de services dans les Bois-Francs avec une coordination de services par gestion de cas**

**Bénéficiaire : Université Laval**

**Contribution : 199 290 $**

Ce projet a mis au point un système d'analyse des coûts en vue d'évaluer les résultats de la coordination des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans les Bois-Francs, Québec. (Consulter le projet QC403 qui présente une évaluation du présent projet en ce qui concerne sa mise en œuvre et les résultats pour les patients.) Le calcul des coûts concernait les soins et services de santé à domicile destinés aux personnes âgées d'une part, et le réseau de la santé publique et des services sociaux, d'autre part. L'analyse économique des coûts assumés par les personnes âgées elles-mêmes et leur famille n'était pas disponible. Les résultats montrent qu'à long terme, les coûts globaux étaient comparables, entre les deux régions visées par l'essai, quoiqu'il y ait des différences sur le plan des services utilisés. Les chercheurs ont conclu que l'initiative de coordination des services est rentable parce qu'elle entraîne des avantages importants pour les patients sans pour autant exiger de dépenses accrues du système public. De plus, ils suggèrent que leur modèle de ventilation des coûts pourrait servir à évaluer d'autres projets d'intégration de services pour d'autres groupes de clients.

**(QC301) L'implantation d'une approche intégrée de la gestion optimale de l'asthme sur le territoire de desserte de l'hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Jérome**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides**

**Contribution : 37 000 $**

Ce projet pilote a établi une démarche intégrée pour le contrôle de l'asthme. Il offrait une formation aux praticiens en vue d'accroître leurs connaissances sur l'asthme, de créer des liens entre les praticiens et de promouvoir l'orientation des patients vers le Centre d'enseignement sur l'asthme (CEA). Celui-ci avait pour but d'améliorer l'autogestion de l'asthme chez les patients. En général, les patients et les praticiens étaient satisfaits des activités liées au projet. Toutefois,

ses aspects relatifs à l'intégration étaient moins réussis. L'étude a constaté que bien que l'on trouve la population visée aux services d'urgence, ces derniers ne constituent pas le meilleur endroit pour motiver les patients à développer leurs connaissances en matière d'autosoins.

**(QC401) Un réseau de services de base intégrés : le développer, le publiciser et en mesurer la perception qu'en ont la population et les intervenants**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent**

**Contribution : 92 265 $**

Ce projet étudiait le mécanisme d'intégration des services primaires dans deux municipalités régionales de comté (MRC) principalement rurales du Bas-Saint-Laurent, Québec. Les chercheurs ont examiné les facteurs qui facilitaient ou au contraire entravaient la démarche d'intégration et ont examiné les effets de cette dernière sur les perceptions de la population et du personnel participant à la prestation des services. Étant donné que l'intégration est un mécanisme de longue haleine, particulièrement dans une MRC qui prend le temps d'impliquer le public et les praticiens, les résultats sont peu concluants. Le rapport constate que les attitudes de confiance et de satisfaction chez le personnel et chez le public dépendent du niveau d'éducation. Dans une région où une partie importante de la population possède un faible niveau d'éducation, ce résultat souligne l'importance qu'il y a d'utiliser des méthodes de communication adaptées aux faibles niveaux d'alphabétisation en vue de promouvoir l'acceptation de tout changement envisagé à la fourniture des services.

**(QC402) Effets des modes d'intégration des services en émergence dans la région sociosanitaire des Laurentides, Québec**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides**

**Contribution : 310 975 $**

La Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Québec, a procédé à la restructuration de ses services sanitaires et sociaux dans le cadre des récentes réformes provinciales, dont le virage ambulatoire. Cette étude évalue les résultats de la démarche retenue par la région en vue de dispenser davantage de services en dehors des milieux institutionnels et d'accroître l'intégration des services. L'évaluation est rendue plus complexe par la division de la région en cinq sous-régions, chacune ayant choisi sa propre démarche en fonction de ses caractéristiques géographiques, démographiques et socio-économiques. Les auteurs ont repéré certains liens entre les caractéristiques des sous-régions et l'étendue de l'intégration. Ils en ont conclu que la régie régionale avait réussi à démarrer l'important processus de changement dans la bonne direction et recommandent qu'elle continue de respecter la diversité des sous-régions, en précisant que ce qui donne d'excellents résultats dans l'une peut ne pas convenir à une autre. Les auteurs avancent d'autres recommandations particulières ayant trait aux facteurs qui favorisent les changements dans la pratique, notamment des encouragements de nature financière allant de pair avec l'intégration des services. Ils recommandent également des mesures permettant de continuer à offrir des services qui répondent aux besoins d'une population diverse.

**(QC403) Mécanisme de coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francs**

**Bénéficiaire : Université Laval**

**Contribution : 250 700 $**

Ce projet évaluait un modèle de soins coordonnés pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui avait été élaboré en 1997 dans la région des Bois-Francs, Québec. La coordination des services se faisait par le biais d'un guichet unique, d'intervenants-pivots et de plans de services personnalisés allant de la promotion de la santé aux soins palliatifs. Un système de dossiers cliniques informatisés a été conçu en vue de faciliter la communication interdisciplinaire. L'évaluation montrait que le programme réussissait à atteindre les personnes âgées frêles et que les intervenants-pivots remplissait bien le rôle de gestionnaires de cas. Le partage informatisé de l'information n'a pas aussi bien réussi parce que tous les intervenants du réseau ne possédaient pas l'équipement requis. L'évaluation des résultats pour les patients révélait que la clientèle des Bois-Francs restait plus longtemps à domicile que celle de la région témoin; en outre, les soignants naturels rapportaient la réduction de leur fardeau au cours des deux premières années de l'évaluation. Il était impossible d'en démontrer l'incidence sur l'utilisation du service des urgences,

sur l'hospitalisation ou sur la consommation de médicaments. Le projet complémentaire (QC123) se penchait, lui, sur les coûts relatifs des services coordonnés et sur ceux d'une région contrôle; sa conclusion est que l'amélioration générale apparente des résultats pour les patients et pour leurs proches ne se traduisait pas par des coûts plus élevés.

**(QC405) Personnes âgées obtenant leur congé du service des urgences d'un hôpital et risquant de subir des conséquences indésirables : dépistage et intervention**

**Bénéficiaire : Centre hospitalier de St. Mary**

**Contribution : 301 302 $**

Cette étude examine la manière dont les services des urgences hospitaliers pourraient jouer un rôle intégrant sur le plan du continuum des soins pour les personnes âgées et éviter certains résultats adverses à la suite d'une visite à l'urgence, que l'on perçoit traditionnellement comme une brève période de transition. Un outil de dépistage a été élaboré afin d'identifier les personnes âgées de 65 ans et plus qui couraient le plus grand risque d'éprouver une perte fonctionnelle immédiatement après leur visite à l'urgence. Cet outil, utilisé par quatre hôpitaux montréalais, était le fruit des travaux d'un groupe de gériatres et d'une équipe de consultants universitaires chargés de l'apport technique et de l'analyse statistique et économique. Parmi les patients à risque élevé identifiés, on décelait en moyenne deux problèmes nouveaux ou non compensés dans des catégories telles que troubles physiques, activités de la vie quotidienne, troubles du comportement, troubles sociaux. Les patients ont fait l'objet d'un suivi un mois et quatre mois plus tard. L'administration du processus s'est avérée facile et rapide dans le milieu des services d'urgence. L'étude a montré que l'intervention réduit de manière significative le taux de déclin de l'état fonctionnel et les chercheurs mettaient l'accent sur le rôle pivot du service des urgences en tant qu'interface entre l'hôpital et les services communautaires.

**(QC406) Continuum de soins et services à l'intention des usagers adultes en phase terminale**

**Bénéficiaire: CLSC Notre-Dame-de-Grâce/ Montréal-Ouest**

**Contribution: 3 363 692 $**

Ce projet visait à déterminer les conditions optimales pour l'intégration des services de soins palliatifs entre le domicile et l'hôpital pour les malades en phase terminale et leurs proches. Le projet ciblait les usagers desservis par divers CLSC et évaluait la capacité du modèle organisationnel à améliorer l'organisation des services, dont certains étaient disponibles 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, notamment les infirmières-visiteuses les services pharmaceutiques, les services de soins à domicile adaptés aux besoins individuels ainsi qu'une ligne téléphonique spéciale. Les chercheurs ont découvert que le programme atteignait une plus grande proportion de patients atteints de cancer (entre 35 et 30 % tout au long du projet). En ce qui a trait aux autres maladies, les taux de pénétration étaient plus faibles, mais ils connaissaient, eux aussi, une hausse. Plus de 50 % des patients du projet mouraient chez eux, un taux bien supérieur à ceux des autres établissements du Québec. La plupart des patients étaient en fin de vie lors de l'orientation vers les services. Les défis provenaient du recrutement du personnel infirmier, de l'interaction avec une multitude d'hôpitaux et de la flexibilité qu'exigeaient les besoins variables de la clientèle.

**(QC407) Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie**

**Bénéficiaire : Centre de recherche de l'Hôpital Douglas**

**Contribution : 174 311 $**

Depuis septembre 1997, une équipe de travailleurs de l'hôpital Douglas, un établissement psychiatrique de Montréal, utilise le modèle ACT (« Assertive Community Treatment »), mis au point aux États-Unis pour traiter, dans leur propre milieu, les patients atteints de troubles mentaux graves et dont le traitement se révèle difficile dans les milieux conventionnels. Ce projet a complété le modèle ACT en lui ajoutant une dimension de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie pour cette population. L'intégration des services a permis de satisfaire aux besoins de sujets qui seraient habituellement exclus des traitements

liés à l'alcool et aux drogues du fait de leurs troubles mentaux et exclus des programmes de santé mentale du fait de leur toxicomanie ou alcoolisme. Les chercheurs ont conclu qu'il est possible d'appliquer au Canada le modèle ACT qui provient des États-Unis en dépit des différences entre les systèmes de santé. L'évaluation du projet montre qu'il exerce une incidence importante sur la qualité de vie des patients, quoique le projet n'ait pas réussi à réduire l'alcoolisme ou la toxicomanie de manière significative. Dans l'ensemble, les réductions de coûts se montaient à environ 4 000 $ par an et par patient.

**(QC408) Évaluation de l'implantation et de l'efficacité d'un programme de soutien communautaire intégré et multisectoriel pour des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : Les Habitations Nouveau Départ (HND)**

**Bénéficiaire : Les Habitations Nouveau Départ**

**Contribution : 900 000 $**

Ce projet évaluait l'efficacité d'une initiative intitulée Habitations Nouveau Départ (HND) qui avait été conçue pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux à répondre à leurs besoins en matière de logement et d'intégration sociale. Les clients étaient répartis en groupes en fonction de la dispensation des services : par le biais des Habitations Nouveau Départ, par le biais des services d'approche communautaire de l'hôpital Pierre-Janet ou par la combinaison des deux. On a ensuite comparé les groupes pour voir si le programme HND était plus efficace que le soutien offert par l'intermédiaire de l'hôpital. On mesurait l'efficacité en fonction de l'incidence sur la santé mentale des participants et sur leur utilisation des autres services communautaires. Le rapport conclut que le soutien en faveur d'un logement adéquat est une composante importante des services offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux.

**(QC409) Réseau régional de cliniques de prévention des maladies cardio-vasculaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean**

**Bénéficiaire : Groupe de recherche et d'intervention sur les dyslipidémies, le diabète et l'athérosclérose**

**Contribution : 638 000 $**

Ce projet pilote avait pour but de créer un réseau de services de rééducation et de prévention secondaire pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaires. Les services étaient fournis au niveau local, dans les collectivités de six secteurs situés dans la région sociosanitaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ces services assuraient la promotion de choix sains en matière d'habitudes de vie comme mécanisme de gestion des risques. Les huit premiers mois du projet étaient consacrés à la mobilisation des collectivités et à l'élaboration d'une structure organisationnelle et opérationnelle. Tous les établissements qui étaient sur le point d'offrir une clinique devaient signer une entente formelle avant le début de la phase opérationnelle; ce cadre était essentiel pour la gestion et la réussite du projet. Les patients étaient orientés vers le programme par les médecins de l'hôpital et recevaient des consultations individuelles et collectives sur les questions entourant les habitudes de vie. L'évaluation du programme préventif a décelé certains effets sur les taux sanguins de lipides et le degré d'activité physique. Le projet ne comprenait pas d'analyse des réductions potentielles de coûts pour le système de santé; l'évaluation se concentrait sur la démarche de planification et de mise en œuvre et décrivait les divers facteurs facilitants et obstacles rencontrés. Le rapport recommande d'accroître les liens avec les médecins afin d'améliorer le taux d'aiguillage vers le réseau.

**(QC410) Transformation des pratiques des organismes communautaires dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux**

**Bénéficiaire : Université du Québec à Montréal**

**Contribution : 253 946 $**

Une réorganisation importante du réseau des services sanitaires et sociaux du Québec entreprise il y a déjà plus de dix ans définissait un nouveau rôle pour les organismes communautaires. Cette étude examine la santé au sens large (déterminants de la santé de la population, promotion, prévention) en décrivant les pratiques actuelles dans les organismes communautaires de trois secteurs : familles, jeunes, femmes. Au moyen d'études de cas et d'un questionnaire ayant fait l'objet d'une diffusion à grande échelle, les chercheurs se sont penchés sur des aspects tels que les programmes, la gouvernance, les partenariats, le financement et l'évaluation. Ensuite, ils se sont intéressés à l'incidence des changements apportés au système des services sanitaires et sociaux (régionalisation, prise de décision participative, continuum de services, complémentarité) sur les organismes communautaires. Ils ont conclu

que ces derniers jouent un rôle toujours croissant dans la société québécoise et que les changements qu'ils ont subis sont dus, au moins partiellement, au rôle qu'ils jouent désormais dans les services nouvellement réorganisés. Les chercheurs recommandent qu'on appuie leur nouveau rôle en leur octroyant un financement stable et soulignent la nécessité de maintenir leur liberté d'action en reconnaissance de l'expertise et de la démarche particulières qui caractérisent les organismes communautaires.

**(QC422) Évaluation de la programmation régionale de soins ambulatoires et du Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval**

**Contribution : 519 789 $**

Ce projet a permis de créer un centre hospitalier ambulatoire pour les services de santé de courte durée dans la région sociosanitaire de Laval en vue d'alléger les pressions exigeant l'ouverture de nouveaux lits d'hôpital; la planification a débuté à la fin de 1995. Treize comités de planification de programmes de santé ont été établis et le centre (essentiellement un hôpital de jour et une unité de triage de première ligne), a ouvert ses portes en 1999. Le but du projet était d'évaluer l'accessibilité et l'utilisation des services, l'incidence économique sur le système de santé, l'opinion des clients sur les services et les effets de distribution. Les auteurs suggèrent que les tensions relatives à l'administration et à la prestation des services ont entraîné la dissolution du modèle. Ils font remarquer que les limites floues entre les niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires constituaient le principal défi.

**(QC426) Projet de démonstration d'un dossier réseau en oncologie**

**Bénéficiaire : Université Laval**

**Contribution : 1 565 522 $**

Ce projet de démonstration était conçu pour résoudre les problèmes dégagés sur le plan des soins aux personnes atteintes de cancer, tels que le manque de communication entre les praticiens chargés des différents aspects des soins et la faible standardisation en ce qui concerne la diffusion et l'analyse de l'information de santé. Le Dossier réseau informatisé en oncologie du Québec (DRIOQ) a été élaboré pour résoudre ces problèmes, mais puisqu'il a fallu attendre mars 2001 avant que les premiers patients soient recrutés pour le projet, les données relatives à la faisabilité ne sont pas disponibles. Le rapport s'intéresse au processus retenu pour le projet, essentiellement aux stratégies de gestion du changement. Les difficultés rencontrées étaient d'ordre technique, interpersonnel et interorganisationnel; les chercheurs constatent que dans le cadre de ce type de partenariat, les entreprises privées doivent comprendre la complexité du système de soins de santé et le secteur public, lui, doit se prévaloir de l'expertise du secteur privé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a montré son appui au projet en le finançant jusqu'en octobre 2001.

**(QC427) L'exploitation de la méthodologie d'autocontrôle pour un changement de pratique efficace appliquée à la rationalisation de l'utilisation des tests diagnostiques**

**Bénéficiaire : Centre de recherche clinique du Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE)**

**Contribution : 131 425 $**

Intitulé « Autocontrôle », ce programme avait pour but de rationaliser la surutilisation des tests diagnostiques de routine par les médecins d'une unité de chirurgie générale d'un hôpital de Sherbrooke. Ayant constaté que les écrits spécialisés suggèrent que de 10 à 30 pour cent des tests diagnostiques de routine ne sont pas nécessaires, les chercheurs ont concentré leur attention sur les cinq tests diagnostiques de routine les plus fréquents chez les patients de chirurgie générale. Ils ont utilisé la base de données de l'établissement pour réaliser diverses analyses de la fréquence et des résultats des tests durant l'exercice 1996-97. Ils ont découvert que certains tests ne sont pas pertinents et qu'ils ne modifient en rien la gestion des patients. On a donc abandonné les tests de dépistage et les profils diagnostiques automatiques au profit de méthodes d'examen plus précises reliées au groupe diagnostique concerné. Les examens qui allaient souvent de pair ont été désaccouplés et de nouveaux protocoles en matière de tests diagnostiques ont été élaborés à même le service. Ainsi, le désaccouplement des analyses des taux de potassium et de sodium dans le cas de numérations globulaires pourrait entraîner des économies de 90 000 $ rien que pour cet hôpital et par extrapolation, des économies de 900 000 $ pour l'ensemble du Québec. Ce projet montrait comment

on peut exploiter l'information disponible dans une base de données d'hôpital afin d'améliorer les schémas de pratique et la rentabilité des soins.

**(QC428) Évaluation des services de consultation psychiatrique externe pour les personnes âgées et déprimées : points de vue des patients, de leur famille, des médecins qui ont référé les patients à ces services et des psychiatres consultés**

**Bénéficiaire : Centre hospitalier de St. Mary**

**Contribution : 35 013 $**

Cette étude, réalisée dans la clinique gériatrique d'un hôpital montréalais, fournit des renseignements sur ce qui ce passe lorsqu'un médecin de premier recours aiguille des patients vers des psychiatres gériatriques. Le virage ambulatoire du Québec met actuellement l'accent sur les soins de santé communautaires et exige des ressources hospitalières qu'elles jouent un rôle de consultation; cependant, la revue de la littérature effectuée par les chercheurs n'a mis à jour aucun modèle efficace de ce genre d'interaction dans le cas de patients en gériatrie. Le processus de consultation gériatrique englobait les vues des patients et de leur famille, celles des médecins ayant référé les patients et celles des psychiatres consultés. Quoique la plupart des patients et des médecins de premier recours soient satisfaits, ces derniers et les spécialistes consultés n'étaient que modérément d'accord sur le type de consultation réclamé, la raison de la consultation et la responsabilité des traitements supplémentaires. Le rapport souligne quelques-uns des problèmes soulevés par la démarche de consultation et propose des moyens simples d'améliorer la communication et donc de rehausser les soins aux patients.

**(QC430) Info-Santé CLSC : Projet pilote d'intervention téléphonique en santé mentale**

**Bénéficiaire : Centre hospitalier Pierre-Janet, Hull, Québec**

**Contribution : 225 143 $**

Les 28 protocoles élaborés dans le cadre de ce projet aident les infirmières logeant les appels téléphoniques à Info-santé à répondre de manière plus adéquate aux personnes appelant au sujet de problèmes de santé mentale. Les protocoles concernaient un éventail de troubles correspondant à une clientèle variée. Les infirmières ont suivi une formation de deux jours; celle-ci et les protocoles ont été fort bien accueillis. Pourtant, bien que les infirmières soient à même de répondre à la plupart des questions relatives à la santé, elles s'estimaient mal préparées en ce qui concerne la santé mentale car elles trouvaient que leur formation trop générale ne couvrait pas les problèmes particuliers auxquels elles étaient confrontées. Les chercheurs observent qu'une formation de deux jours n'est pas suffisante et qu'elle devrait être suivie d'une supervision de trois mois afin que les infirmières puissent incorporer la théorie dans leur pratique. Les protocoles (en français et en anglais) ainsi que la formation sont mis à la disposition des autres CLSC. Les auteurs font remarquer que le coût d'un appel téléphonique à une infirmière est environ un cinquième de celui d'une visite à l'urgence.

**(QC431) Projet de capitation dans la Municipalité régionale de comté du Haut-Saint-Laurent**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie**

**Contribution : 3 171 031 $**

Ce projet d'envergure était conçu pour intégrer les services de santé primaires dans une municipalité régionale de comté du Haut-Saint-Laurent, Québec. Il visait à fournir des soins de santé primaires efficaces et optimaux, accessibles à l'ensemble des 25 000 habitants de la région. La responsabilité de la coordination de nature territoriale a été confiée à un groupe de planification dirigés par des médecins. Les changements comprenaient la rémunération des médecins pour les heures qu'ils consacraient aux activités d'organisation et de gestion, l'embauche d'infirmières pour les centres médicaux, la restructuration des services dans l'ensemble de la MRC afin d'en augmenter la complémentarité parmi les différents établissements et organismes. En outre, on a mis au point un système de communication pour la transmission de l'information clinique entre les praticiens et les divers établissements, et sept bases de données ont été condensées en une. Les résultats préliminaires révèlent une amélioration au niveau de la continuité; un faible taux de chevauchement entre les établissements, ce qui permet de soigner davantage de patients sur place; une utilisation décroissante des ressources hospitalières. Les chercheurs jugent que l'information de la banque de données contribuera à la ventilation efficace des ressources, en partie en permettant aux gestionnaires de surveiller l'utilisation des services sur une base individuelle. Pour continuer, le projet est actuellement à la recherche d'un financement stable.

**(QC434) Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants**

**Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, Kuujjuaq, Québec**

**Contribution : 488 238 $**

Ce projet pilote s'attaquait aux problèmes psychosociaux croissants et aux taux de suicide élevés de la région du Nunavik en fournissant hébergement, soutien et emploi aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et chroniques qui, autrement, seraient envoyées à Montréal. La démarche intégrée du projet a tiré parti des travaux préalables à la mise en œuvre : préparation des collectivités, description détaillée des objectifs et des procédures, clarification de la reddition de comptes. Au cours de ses neuf mois de fonctionnement, le centre a accueilli 12 clients qui y ont gagné en autonomie. La plupart d'eux ont réussi à faire face en toute efficacité aux problèmes liés à leurs toxicomanies; un seul client a dû être hospitalisé dans le cadre du programme. Grâce au projet, Inukjuak dispose d'une nouvelle ressource, et l'étude indique que la documentation ainsi élaborée pourrait être utile à d'autres collectivités isolées.

**(SK121) Examen des programmes de soins palliatifs**

**Bénéficiaire : Moose Jaw–Thunder Creek Health District**

**Contribution : 8 870 $**

Cette étude répondait au besoin local croissant d'intégration des soins à domicile, des soins de courte durée et des soins à long terme en un programme global de soins palliatifs. Pendant deux mois de l'année 1999, les chercheurs ont dégagé les lacunes en matière de ressources et de services en interviewant un échantillon de clients et de fournisseurs de services et en réalisant une enquête auprès d'autres membres du personnel et d'intervenants communautaires. Ils ont découvert que le développement de toute nouvelle politique ou tout nouveau système exigeait une démarche interdisciplinaire. Ils ont aussi cerné une absence considérable de dialogue et d'information et un manque de satisfaction vis-à-vis de l'information mise à la disposition du public, du personnel soignant et des médecins.

**(SK330) Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé**

**Bénéficiaire : University of Saskatchewan**

**Contribution : 318 726 $**

Cette étude cherchait à apprendre comment faire passer la prestation des services de santé dans les centres-villes d'un modèle « biomédical » conventionnel à un modèle soulignant les services intégrés, la prévention, les soins de courte durée, les soins à domicile et l'assurance-médicaments. Un projet pilote de recherche à « participation élevée » a été mis en place dans le centre-ville de Regina et de Saskatoon, où les taux de maladies chroniques augmentent rapidement, où l'utilisation du service des urgences est forte, et où les clients sont fréquemment réfractaires aux conseils médicaux. Des personnes appartenant aux collectivités visées ont mis au point et administré un sondage relatif à la santé, et cette méthodologie « d'intervention de nature transformationnelle » a engendré un très haut degré de réponse au questionnaire : 94 pour cent à Saskatoon et 57 pour cent à Regina (où des modifications effectuées par le district de santé ont enlevé au projet une partie de sa nature communautaire). En outre, les clients ont cerné des lacunes et des chevauchements dans les services fournis par le système formel et par les organismes à but non lucratif de Saskatoon et ont mis sur pied un forum mensuel sur la santé qui fait de la sensibilisation sur les préoccupations communautaires. L'étude a déjà eu des répercutions pratiques : ainsi, les autorités municipales ont procédé à de rapides améliorations physiques (p. ex celle de l'éclairage des voies publiques), mais il est encore trop tôt pour déterminer s'il y a eu un virage vers la prévention en matière de santé.

**(SK401) Une évaluation de l'incidence de la restructuration et de l'intégration des services de santé en milieu rural : Une enquête communautaire**

**Bénéficiaire : Health Services Utilization and Research Commission**

**Contribution : 140 130 $**

La restructuration du système des soins de santé de la Saskatchewan, démarrée en 1991, s'est soldée par l'élimination des services de soins de courte durée dans de nombreux hôpitaux ruraux de faible taille et par l'intégration des services sous l'égide des conseils

de santé régionaux. Ce sondage d'opinion publique a demandé à un gros échantillon de résidants des zones concernées de préciser l'incidence des compressions budgétaires sur leur accès aux services de santé, leur état de santé et la viabilité de leur collectivité. Bien que les changements n'aient apparemment pas eu d'incidence sur leur état de santé, l'étude a mis à jour une insatisfaction généralisée vis-à-vis du système de santé et un ressentiment persistant à l'encontre des changements. Les niveaux de satisfaction supérieurs étaient associés à la détermination des dirigeants communautaires, au remplacement des soins de courte durée hospitaliers par des options acceptables, à l'appui local en faveur de solutions novatrices et à une communication efficace avec les partenaires au sein et à l'extérieur de la collectivité. L'étude conclut néanmoins que l'information, la participation de la collectivité et une communication transparente sont des conditions nécessaires mais *pas* suffisantes pour rallier la collectivité aux changements apportés aux systèmes lorsque ces derniers y ont des racines profondes. Les auteurs soulignent que de telles divergences entre les perceptions et les réalités nuisent à l'efficacité des changements d'orientation et envenime nt le débat qui, à force d'arguments fallacieux, en devient purement rhétorique. Ils recommandent donc des démarches de communication et de consultation plus efficaces, notamment en ce qui concerne l'information du public sur les effets réels des changements. Cette étude complétant l'étude SK422, les deux projets ont préparé un rapport commun.

**(SK402) Agents de liaison en matière de santé auprès des Premières nations**

**Bénéficiaire : Battlefords Health District**

**Contribution : 263 181 $**

Deux agents de liaison en matière de santé auprès des Premières Nations ont été embauchés dans le cadre de ce projet pilote de 18 mois en vue d'aider 250 personnes vivant dans des réserves et à l'extérieur à accéder aux services de santé appropriés dispensés par 44 organismes communautaires pertinents. Ces deux agents faisaient partie d'une équipe multidisciplinaire au centre de santé familiale de Battlefords, un site de démonstration des services de soins primaires nouvellement créé pour faire la promotion des services communautaires et de la prévention de la maladie. L'étude a constaté que les agents de liaison n'étaient pas associés à des fournisseurs de soins de santé précis et qu'ils étaient incertains quant aux voies hiérarchiques et aux liens de responsabilité. Par contre, les clients ont réagi de manière positive en accédant aux services de soins primaires; ils manquaient moins de rendez-vous et faisaient l'objet d'un suivi amélioré dans le cadre des programmes de soins. Puisqu'ils étaient des auxiliaires de santé qui parlaient le cri (la langue dominante) et qui connaissaient bien leur communauté, les agents de liaison étaient perçus comme des défenseurs des intérêts des clients. Les agents aidaient également les dispensateurs de soins à mieux comprendre la nature polyvalente des besoins de santé de leurs clients, promouvant ainsi une approche plus « holistique » de la santé.

**(SK422) Une évaluation des effets de la restructuration des services de santé en région rurale et de la prestation de services intégrée ainsi que des solutions adoptées**

**Bénéficiaire : Health Services Utilization and Research Commission**

**Contribution : 140 130 $**

La restructuration du système des soins de santé de la Saskatchewan, démarrée en 1991, s'est soldée par l'élimination des services de soins actifs dans de nombreux hôpitaux ruraux de faible taille et par l'intégration des services sous l'égide de conseils de santé régionaux.. En s'appuyant sur les discussions de 19 groupes de réflexion organisés dans 10 collectivités rurales, ce projet visait à évaluer les réactions de la population de ces collectivités face à l'incidence des compressions budgétaires. L'étude a découvert que de nombreuses collectivités rurales étaient aux prises avec les changements touchant la prestation des soins de santé et qu'elles s'inquiétaient surtout de la manière dont la démarche était menée, en décriant l'absence d'un plan à long terme, un manque d'orientation et un manque de respect. Certaines collectivités semblaient s'être adaptées aux changements, et cet état de choses était dû à la présence de dirigeants déterminés au niveau local, à une communication efficace et un partage de l'information au sein de la collectivité et avec des organismes de l'extérieur ainsi qu'à la prestation de services de rechange peu de temps après la disparition des services de soins de courte durée. Cette étude complétant l'étude SK401, les deux projets ont préparé un rapport commun.

**(SK424) Évaluation d'un service des admissions et des congés pour l'ensemble du système**

**Bénéficiaire : Regina Health District**

**Contribution : 208 000 $**

Cette étude avait pour but d'évaluer un service des admissions et des congés pour l'ensemble du système dont la création remontait à septembre 1997 afin d'intégrer et d'améliorer les procédures du district de santé de Regina (RHD). Quoique ce service subisse encore une évolution et qu'il n'ait pas encore fait l'objet d'une mise en œuvre complète au moment de l'évaluation, les chercheurs ont observé des améliorations dans les domaines de la qualité, de l'intégration et de l'accessibilité des services, et ils faisaient état des mesures particulières qui avaient réussi. Ils signalent que bien que les principes directeurs qui sous-tendent le service des admissions et des congés pour l'ensemble du système paraissent avoir le soutien du personnel, certains problèmes font encore obstacle à son implantation complète. En outre, les volets résultats de santé et rentabilité n'ont pas évolué de manière significative. Les chercheurs remarquent que certains facteurs doivent être en place si on veut que ce service des admissions et des congés atteigne son plein potentiel, notamment le leadership nécessaire à l'établissement d'une culture organisationnelle favorable; une définition claire des buts, structures, volets et processus; une communication et une collaboration rehaussées parmi les fournisseurs de services; des charges de travail réalistes pour les gestionnaires de cas; des ressources suffisantes dans la collectivité; la sensibilisation du public sur l'utilisation appropriée des divers types de soins de santé, un enjeu soulignant l'importance de la perception du public dans l'acceptation des changements apportés à la prestation des services de santé. L'évaluation pourra aider le district de santé de Regina à perfectionner ce nouveau service et à guider les pas d'autres organismes qui souhaitent mettre en œuvre un programme similaire.